SEÑORA PRESIDENTA.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 15:10).

–Damos comienzo a la tarea vespertina dando la bienvenida al Ministro de Salud Pública, doctor Jorge Basso, a la Subsecretaria de la Cartera, doctora Cristina Lustemberg y a la delegación que los acompaña.

En esta oportunidad estaremos considerando los incisos vinculados al Ministerio de Salud Pública, artículos 441 a 460. Si el señor Ministro considera que algún otro artículo del proyecto de ley es de su competencia, podrá hacer referencia al mismo.

SEÑOR MINISTRO.- Buenas tardes. Es un gusto para nosotros estar en la Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda del Senado.

El Ministerio de Salud Pública trae a consideración veinte artículos que podríamos agrupar en: seis vinculados al tema de reestructura y funcionamiento del Ministerio, otros seis relacionados a temas del Fondo Nacional de Recursos, cuatro sobre aspectos referidos a recursos humanos y materiales, dos artículos que tienen que ver con el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos, INDT, y dos vinculados al área de informática, tanto en historia clínica como receta médica.

Brevemente y a modo de introducción, queremos hacer referencia a que en esta Administración, junto a la doctora Lustemberg y todo el equipo, generamos algunas pequeñas modificaciones en lo que es la estructura del Ministerio, habida cuenta –en el proceso en que nos encontramos– de la reforma sanitaria, que implica fortalecer la función de rectoría de la autoridad sanitaria del Ministerio.

Como ustedes saben, uno de los grandes desafíos que tiene el país en el área de la salud es consolidar el proceso del Sistema Nacional Integrado de Salud, en tanto reforma estructural. En estos años se han dado avances significativos, particularmente la consolidación del financiamiento del sistema a través del seguro de salud y de la creación del Fondo Nacional de Salud. En el 2016 se completará la incorporación al Fonasa de algunos colectivos pendientes, siguiendo una cronología previamente establecida. Nosotros entendemos, justamente, que uno de los grandes objetivos de profundización de la reforma tiene que hacer mucho énfasis en el concepto de sistema integrado. A tales efectos, dentro de las modificaciones que se conocen del articulado presente, estamos por un lado eliminando una Dirección General, pues se suprime la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud, así denominada porque sus competencias están vinculadas al Órgano que administra el Fondo Nacional de Salud. Paralelamente, se crea una nueva Dirección General que se llama Dirección General de Coordinación, que tiene varios objetivos pero el sustantivo es consolidar la estrategia de construcción del sistema en tanto sistema integrado de salud a nivel de todo el país. Creo que tenemos imperiosa necesidad de seguir avanzando y profundizando la complementación de servicios, buscando mecanismos de complementación y sinergias entre la multiplicidad de prestadores, tanto privados como públicos, de manera tal de evitar superposiciones, ineficiencias y componentes que inciden en gastos innecesarios. En este sentido, vamos a trabajar fuertemente tanto dentro del subsector privado como dentro del subsector público, creando a través de esta dirección general la máxima coordinación posible.

El país gasta el 9,2% del PBI en el sector salud, lo cual representa unos USD 4.500:000.000. La correcta utilización de esos recursos tiene que ver, justamente, con la profundización del concepto de sistema y de complementación, evitando la superposición de recursos que aún debe mejorar su performance a nivel de lo que es el Presupuesto nacional.

Continuando con este tema de la reestructura, se dan pasajes a esta Dirección General de Coordinación de la red integrada de efectores públicos, entendida justamente como un componente sustantivo del proceso de síntesis del sistema. Por lo tanto, todo lo que tenga que ver con estimular la complementación y coordinación del subsector público entre sí y de este con el subsector privado es

parte de la tarea de esta nueva dirección general. Se suprimen algunos cargos de confianza que estaban vinculados de alguna manera al área del Ministerio y se crea la Dirección General de la Junta Nacional de Salud que es la que finalmente administra, junto con los demás actores que participan en su conformación, el seguro de salud. Asimismo, se ordena el funcionamiento de rectoría del Ministerio, trasladando a ASSE las clínicas preventivas –lo que se llama el carné de salud–, que seguían siendo una unidad del Ministerio, aunque la cartera básicamente tiene una función de fijar políticas y de rectoría.

Por otro lado, hay una serie de artículos vinculados al Fondo Nacional de Recursos. De esos seis artículos, tres son vinculados a medicamentos y otros están referidos a mejorar la gestión del fondo. De alguna manera esto nos interesa particularmente, ya que –como es sabido– tanto el Fondo Nacional de Salud, Fonasa, como el Fondo Nacional de Recursos tienen como objetivo la atención integral, brindando una amplia canasta de prestaciones a los usuarios del sistema de salud en el país. Se trata de una tarea sustantiva que nuestro país tiene ejemplificada a través de estos organismos, particularmente el Fondo Nacional de Recursos que ha logrado ir consolidando a lo largo de estos años una adecuada administración de recursos. Uruguay es ejemplo porque se cuenta entre los pocos países del mundo que financian absolutamente todos los medicamentos curativos que existen a nivel internacional y nacional y buena parte de los medicamentos de alto costo que, de alguna manera, están vinculados a las patologías prevalentes en el país. A su vez, en estos artículos del Fondo Nacional de Recursos hay referencias muy claras en torno a establecer el aprovechamiento del expertizaje del Fondo Nacional de Recursos en lo que es el funcionamiento y la compra de medicamentos, tanto para ASSE como para el resto de los prestadores integrales a través de fondos que se crean. A su vez, se hace especial hincapié en los controles de la calidad de la gestión de los IMAE a través de los convenios de gestión ya existentes por ley, pero no aplicados, y a través de auditorías a las historias clínicas para el control de la calidad de las prestaciones, todo lo que coincide con objetivos estratégicos que tiene el Ministerio a los efectos de que el sistema de salud realice prestaciones de calidad en el marco de sus competencias.

De alguna forma, en estos 20 artículos estamos poniendo énfasis en que la profundización de la reforma tiene que ver con una mayor integración de los prestadores, haciendo hincapié en el control de la calidad de los prestadores y en poder tener un sistema de información en salud potente, capaz de hacer el monitoreo y la fiscalización de la calidad de los prestadores. A su vez, se debe hacer especial hincapié en la utilización adecuada del conjunto de los recursos, a lo que la población de alguna manera contribuye a través de los sistemas de financiamiento de la seguridad social en el Fonasa y a través de Rentas Generales para la población usufructuaria de ASSE que está fuera del Fonasa.

Esta es, básicamente, la introducción que queríamos hacer. Entendemos que es sustantivo en este quinquenio fortalecer el rol de rectoría del Ministerio, trabajando fuertemente con los prestadores, fuertemente con los usuarios y fuertemente con los trabajadores de la salud. En esta etapa hemos trabajado muy duro con la doctora Lustemberg y el resto del equipo, junto con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Economía y Finanzas, en los consejos de salarios, involucrando justamente algunos conceptos –ustedes los van a ver expresados– tendientes a identificar indicadores de performance, no solamente de las instituciones sino de los equipos de salud, tratando de abonar las buenas prácticas y estimular el buen desempeño de todos los trabajadores de la salud en lo que tiene que ver con el proceso de atención.

SEÑOR DELGADO.- Es un gusto recibir al señor Ministro, doctor Jorge Basso, a la señora Subsecretaria y a todo el equipo.

Obviamente, no son muchos los artículos del Ministerio de Salud Pública en este presupuesto, que consta de casi 800 artículos. Ahora bien, cualitativamente son, quizás artículos muy importantes.

Quiero contar algunas experiencias personales sobre alguien que no está en este tema, que soy yo, pues integro otras Comisiones. Nos acompaña el Diputado Martín Lema, que ha trabajado en la Comisión de Salud y particularmente en estos temas; también está con nosotros el Senador Javier García, que es médico e integra la Comisión de Salud. La semana pasada y la anterior, en recorridas por todo el país y por barrios de Montevideo, constatamos que está presente el tema de los

medicamentos de alto costo. El señor Ministro hizo referencia lateral a ese asunto, porque –obviamente– tiene que ver con tres artículos de este Inciso. Como dije, este es un tema que está presente y que genera mucha sensibilidad. Seguramente el señor Ministro es consciente de eso. Tenemos aquí el comparativo del articulado que vino del Poder Ejecutivo y el aprobado por la Cámara de Representantes. Voy a utilizar un término que se utilizó en esta Comisión y que es el de calafatear el presupuesto. Con este artículo pasó más o menos lo mismo, porque en realidad el artículo 425 original era notoriamente anticonstitucional, es decir, inconstitucional por donde se lo mire. Es más, seguramente cualquiera que se sintiera lesionado y tuviera legitimación activa como para generar una acción, una vez aprobada y puesta en vigencia la ley de Presupuesto, enseguida recurriría este artículo. En la redacción nueva, sobre todo en el artículo 441 –que anteriormente era 425–, obviamente cambia el sentido, aunque creo que no la inconstitucionalidad, al decir «damos solo esto, este tipo de medicamento».

SEÑORA PRESIDENTA.- El señor Senador Delgado está ingresando al articulado, lo cual haremos inmediatamente.

SEÑOR DELGADO.- Estoy hablando de temas generales porque voy a hablar de tres artículos que tienen relación y se ocupan del tema quizás más sensible. Los demás artículos tienen que ver con otros temas y seguramente hagamos luego alguna pregunta específica.

Después hablaremos específicamente del artículo 441, en su nueva redacción, y de los dos artículos siguientes, vinculados a este tema que ha generado gran discusión pública y sensibilidad en la población e, incluso, hasta hemos apelado a enviar una carta al Presidente de la República porque con esta norma lo que hay es más restricción. Ante la posibilidad de cualquier ciudadano de utilizar un mecanismo absolutamente republicano como es el Poder Judicial, lo que se hace es constreñir una serie de derechos utilizando la vía jurisdiccional.

¿El Ministerio de Salud Pública se planteó la posibilidad de retirar estos artículos del Presupuesto? Lo que quiero es apelar a generar una discusión más profunda, con más calma, en otros ámbitos con menos exposición, con trabajo conjunto; ni siquiera estoy pidiendo ir para atrás, sino que las cosas queden como están, que la gente que se sienta vulnerada en su derecho pueda utilizar la vía jurisdiccional. De esa forma, con las garantías del debido proceso, la Justicia tomará la decisión que crea correcta e, incluso, el Ministerio tomará la propia, que no siempre coincide con aquella y en algunos casos ha sido discrecional.

¿El Ministerio de Salud Pública ha evaluado la posibilidad de retirar –en este tema, que no es materia presupuestal– estos artículos tan cuestionados de este Presupuesto para discutirlos en otro ámbito? Creo que es necesario dar una señal pública, política, de mayor sensibilidad y no solo de parte del Ministerio; debe buscarse una solución que nos involucre a todos, que sea de común acuerdo. Es más, quizás no estemos tan lejos de lograrla, pero necesitamos un gesto.

En realidad, el cambio de redacción lo que hace es calafatearlo porque no cambia el fondo. Necesitamos un gesto del Ministerio de Salud Pública, que se diga que mientras buscamos una solución de fondo –que, reitero, no es sencilla–, dejamos las cosas como están, no ponemos burocracia al acceso a los medicamentos y dejamos que la gente utilice la vía que entienda pertinente, como puede ser, en este caso, la Justicia. De esta forma, generaríamos un ámbito –que podría ser en esta Casa, Bicameral o reservado– para buscar mecanismos que den una señal. Aclaro que no se puede hablar en términos cuantitativos, sino cualitativos; se deben dar garantías, información y, sobre todo, soluciones a la población.

Este es un tema más general vinculado a tres artículos y el señor Ministro lo mencionó lateralmente en la exposición general. Después vamos a hacer algunos planteos cuando se trate cada uno de los artículos.

Me parecía importante hacer este planteo porque si el Ministro nos dice que se está evaluando discutir este tema en otro ámbito con más tranquilidad, darnos un tiempo y, mientras tanto,

que las cosas queden como están, aun cuando pueda no gustarnos del todo la idea, quizás podríamos darle un poco de aire fresco a la situación. Para mí es importante conocer la opinión del señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO.- Sin lugar a dudas, en todo el mundo –sobre todo en los últimos años– estamos asistiendo a un conjunto de fenómenos que tienen, justamente, la particularidad de tener una dimensión planetaria. Entre otras cosas, esto tiene que ver con fenómenos demográficos. Asistimos a un envejecimiento de la población –que tiene un mayor nivel de vida–, a la concentración de algunas enfermedades que tienen que ver con nuestro estilo de vida y nuestra forma de asumir los riesgos, lo que lleva a cambios epidemiológicos. También tenemos una cultura fuertemente instalada en la población de incorporación del medicamento a la cotidianidad. Y hoy tenemos una población ampliamente medicalizada. En nuestras propias casas, sobre todo si hay personas mayores, tenemos pequeñas farmacias. Es un fenómeno general pero que, de alguna manera, recorre algunas lógicas de la transición demográfica y la epidemiológica. Por lo tanto, hay una cultura muy medicalizada en nuestra sociedad, y eso tiene enormes impactos en cuanto a la sensibilidad del tema medicamento, y también, naturalmente, en cuanto a los intereses vinculados al tema medicamento, que son múltiples, variados y, de alguna forma, requieren respuestas lo más próximas posible a ese concepto que mencionamos acerca de políticas de Estado: buscar los mayores consensos posibles.

SEÑOR DELGADO.- Nos vamos entendiendo.

SEÑOR MINISTRO.- En los países del primer mundo, en los países que tienen dinero, más que en los países en vías de desarrollo o subdesarrollados, este es un tema de primer orden. Y si ustedes recorren las páginas web de países de primer nivel y que son referentes en materia de salud, se van a encontrar con noticias más que impactantes. Hay un referente a nivel mundial, que es el Reino Unido, reconocido por su sistema de salud –que tiene muchísimos años–, por su seriedad, y la noticia de la salud en el Reino Unido era que a partir seguramente de un conjunto de legítimas presiones para incorporar medicamentos de alto costo aun cuando las agencias de evaluación de tecnologías existentes en el país, que son ajenas al Ministerio –ustedes saben que hay países en los cuales existen agencias dentro de los Ministerios y fuera de ellos–, recomendaban no incorporar determinados fármacos porque no eran costo efectivos, el Gobierno, cediendo a esas presiones, había incorporado 14 medicamentos de alto costo para 24 tratamientos. Y miren lo que ocurrió: pasados algunos años la noticia fue que ese fondo se desfinanció y los está retirando.

Pongo este ejemplo para hablar de países que tienen sistema. Pero también podemos hablar de otros países que no tienen sistema sino seguros. Ustedes saben que los países del primer mundo que tienen seguros pagan, por ejemplo, el seguro A, que tiene tal valor, tales prestaciones y tales medicamentos; o pagan el seguro B, que es un poquito más caro, tiene más medicamentos y más prestaciones. Esa es la lógica que existe en muchos países del primer mundo.

O sea que se cuentan con los dedos de una sola mano –o quizás de las dos– los pocos países en el mundo que financian medicamentos de alto costo para toda la población, sin ningún tipo de restricciones más que las que establece la autoridad sanitaria en cuanto a cuáles son los criterios de inclusión. Pero cuando están incorporados, específicamente en este país desde el 2006, año en que se empezó a financiar medicamentos de alto costo, no hay copagos; no hay tiques para ese conjunto de medicamentos que se incorporaron al financiamiento a través del Fondo. Esto es excepcional.

En el momento actual estamos hablando de $ 144 por mes que paga cada persona en este país para acceder a todas las prestaciones y medicamentos de alto costo mediante el Fondo Nacional de Recursos. No es una experiencia común. Y cualquier persona que se sienta con responsabilidad de tomar decisiones, obviamente tiene que tener muy en cuenta la importancia que tiene la sostenibilidad de este sistema. El Fondo Nacional de Recursos tiene una vida relativamente corta: se creó en 1980. Pasó por una crisis existencial en el año 2001, lo que lo llevó a la bancarrota. Y a partir de 2004, 2005, se empezó a ordenar la cancha, se empezaron a ordenar las finanzas, hasta que en 2006 se incorporaron los medicamentos de alto costo, cuando antes solo se financiaban los procedimientos.

Este es un Organismo paraestatal que tiene un control social y de otros actores y que para la inclusión de medicamentos sigue las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Creo que este es un bien muy preciado que el país tiene y que hay que cuidar muchísimo. Esto no quiere

decir que no haya que seguir mejorando su gestión; que no haya que seguir viendo qué cosas se pueden mejorar.

El Sistema Nacional Integrado de Salud incorporó el concepto clave de que los prestadores integrales –ASSE como prestador público y los más de cuarenta prestadores integrales privados– son los responsables de la atención integral de cada usuario, sin perjuicio de que algunos procedimientos y algunos medicamentos sean financiados por el Fondo Nacional de Recursos.

En esta lógica de desarrollo científico–técnico que tienen las sociedades modernas, muchas prestaciones que hace un tiempo eran de alto costo e inclusive de alta especialización, pasado el tiempo dejaron de serlo; por lo tanto, en el Fondo estamos analizando de qué manera puede funcionar el concepto de puerta giratoria. Hay cosas que en su momento entraron y que pueden salir porque dejaron de ser de alto costo. De alguna manera eso puede permitir seguir pensando cómo administrar adecuadamente los recursos que tiene el Fondo con esos USD 200.000.000 de presupuesto anual, 18% de los cuales está vinculado a medicamentos y representa unos USD 35:000.000. Tenemos que ver cómo administramos y gestionamos mejor ese Fondo. Pero la clave –y por eso me extendí– tiene que ver con seguir una disciplina muy firme en torno a los criterios de inclusión de medicamentos. Obviamente, si bien los medicamentos oncológicos son los que llaman más la atención, hay un conjunto de medicamentos de alto costo que no tienen nada que ver con la oncología sino con patologías crónicas que la población tiene y que se están analizando. En estos días se están incorporando medicamentos de alto costo que no son oncológicos, que han sido analizados, que han cumplido las etapas de inclusión y que quizá no tengan un impacto comunicacional pero que tienen un impacto sanitario muy fuerte.

Nosotros aspiramos a que se consolide ese criterio.

Por lo tanto, cuando hicimos la presentación en la Comisión de Presupuesto de la Cámara de Representantes, establecimos que los criterios que queríamos defender son justamente los mismos a los que estamos haciendo referencia y que tienen que ver con la forma en la que ha venido trabajando el Fondo a lo largo de este tiempo, con las modificaciones que ha tenido su gestión y con las sucesivas modificaciones que deberá tener, porque eso es administrar y gestionar bien: estar siempre dispuestos a buscar la manera de que los recursos sean utilizados de la forma más efectiva posible. Además, estamos buscando, a través de la Unasur y del Mercosur, en una dimensión internacional, mecanismos para lograr la incorporación de algunos medicamentos de alto costo haciendo compras en conjunto; en fin, abriendo la cancha de la forma más apropiada posible y con una mirada profesional de la gestión.

Precisamente, cuando estuvimos en la Cámara de Representantes, decíamos que habíamos generado las condiciones, que estábamos dispuestos a que hubiera modificaciones en la última redacción, salvando los conceptos sustantivos que le dan viabilidad a la sostenibilidad de las políticas de incorporación de medicamentos y de tecnología de alto costo en el país, que han sido un proceso de construcción colectiva de muchos años; no son patrimonio de ninguna fuerza política sino de la sociedad, y nosotros queremos sostenerlo porque esa es nuestra responsabilidad. No podemos tomar decisiones a impulsos o por iniciativas que desemboquen –como ha pasado, reitero, en muchos lugares del mundo– en que las políticas de medicamentos no se puedan sostener por las presiones que generan temas tan sensibles como este y en el que están en juego tantos intereses. En su oportunidad señalamos –y lo reiteramos ahora– que queremos salvar lo sustantivo, que tiene que ver con la continuidad de la incorporación de medicamentos de alto costo, en un escenario internacional fantástico. Seguramente estamos en vías de lograr la incorporación por parte de la industria de los medicamentos biotecnológicos, de los genómicos, medicamentos de altísimo costo, de impacto sustantivo en los temas de salud, sobre los que habrá que tomar definición. En ese escenario se deberá administrar adecuadamente los intereses nacionales y generales vinculados al sector salud. Eso es de primer orden y es lo principal que se pretende con este articulado que tiene presión presupuestaria, porque estamos hablando de costos que tiene la sociedad, pero de alguna manera se intenta dar continuidad a lo que se ha venido realizando durante todos estos años.

SEÑOR DELGADO.- El Ministro no fue contundente. Quizás es una ilusión óptica lo que uno aspiraría a que contestara. Creí entender que van a mantener tal como están los artículos, con las modificaciones que se realizaron en la Cámara de Representantes. Para evitar toda la discusión

posterior sobre cada uno de los artículos, quise empezar preguntando si en realidad había por lo menos una reflexión del Ministerio de Salud Pública en el sentido de quizá retirar el artículo. En realidad, lo que le estamos pidiendo es que no innove.

El señor Ministro señala que se está trabajando en un proceso de incorporación de nuevos medicamentos al FTM; que se está en un proceso de negociación con actores privados; en un proceso de negociación internacional. Habló de la Unasur, y me parece muy bien. ¡Bienvenido! Mientras tanto, le estamos pidiendo que no innove, que no limite más de lo que hoy está. Actualmente se cuenta con la vía jurisdiccional y queremos que no se ampute esta vía. Eso es lo que le estamos pidiendo. Se nos decía que capaz que generaban una instancia de diálogo. Y en esto también está la mano tendida para generar un mecanismo; bicameralmente, a ciento ochenta días, con plazo. Estamos dispuestos a buscar una regulación normativa para este tema.

Teníamos la esperanza de que nos dijeran que este tema había generado mucha sensibilidad y que preferían discutirlo en otra instancia. Creo que debería ser así. El señor Ministro habló de política de Estado y me agradó que lo haya hecho aunque, después, no lo va a aplicar en la norma presupuestal.

Por eso, con la inferencia sobre la negativa del Ministro a la propuesta, a la invitación, a la sugerencia –como se le quiera llamar– que le hiciéramos con mucho respeto, vamos a discutir el articulado como corresponde y no vamos a cejar en el esfuerzo, en ninguna de las instancias que establece la Constitución, para tratar de que estos artículos, si salen aprobados, no entren en vigencia o, por lo menos, no se apliquen.

SEÑOR AMORÍN.- De hecho, ya estamos en la discusión del articulado.

SEÑORA PRESIDENTA.- En una reflexión general, estamos hablando de los artículos sin enunciar su número.

SEÑOR AMORÍN.- Hagamos las cosas claras: hablemos del artículo 441.

SEÑORA PRESIDENTA.- Para ordenar el trabajo, señalo que tenemos anotado al señor Senador Amorín para hacer uso de la palabra y a otro Senador más, que no sabemos si es para expresarse en general o específicamente sobre el articulado.

Estamos considerando el inciso en general; todavía no entramos al análisis de los artículos.

SEÑOR AMORÍN.- Voy a hablar sobre temas generales relacionados con el artículo 441.

Como bien se ha señalado por parte de un señor Senador, este es el tema más sensible. No lo conozco a fondo –no integro la Comisión de Salud Pública– pero sé de él desde sus inicios. Cuando estaba recién recibido y trabajaba en un estudio con mi padre –entre otros–, éramos abogados de un grupo de distinguidos nefrólogos y urólogos que trabajaron con otras dos especialidades para que el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE fueran una realidad. Recuerdo que la primera vez que hablé en público como abogado fue en un Congreso en el que tuve que explicar esta situación y las bondades del sistema. Realmente hubo mucha gente que trabajó con muchísimo entusiasmo y mucha fuerza y que hizo que esto fuera una realidad. Este es un tema especialmente positivo para el Uruguay; es un tema fundamental.

En ese entonces, había una cantidad de actos médicos que eran irrealizables para quienes no podían pagarlos. Había mucha gente que se moría por no poder pagarlos, y este sistema permitió la sobrevida a una enorme cantidad de uruguayos. Esto, que empezó con tres actos, se fue extendiendo y expandiendo, y hoy cubre una enorme cantidad de posibilidades que tienen que ver con la vida de la gente, con la vida de los seres humanos; y ha sido enormemente positivo.

Ahora nos encontramos con un tema que naturalmente es sensible. Hay una cantidad de gente que tenía enfermedades muy complejas, que acudía a la Justicia, y esta disponía que el Fondo Nacional de Recursos les suministrara los medicamentos. Pero con este artículo, en algunos casos esa posibilidad se ve limitada, anulada o amputada.

El problema no está en que haya un medicamento que sea malo y que por lo tanto no sea admisible; eso me parece que está bien: si hay un medicamento que no da seguridades, no es eficaz y no da certezas, está bien que el Fondo no lo suministre. Incluso, en ese caso, no se debería permitir vender en el Uruguay. Tendría que haber un solo criterio. Si el medicamento está por presión de los laboratorios, el Ministerio de Salud Pública debería prohibir que ingresara; si por el contrario se comprueba que el medicamento fue estudiado –acá o en el mundo– con agencias o entidades absolutamente respetables que dicen que el mismo da certezas, da seguridad y es eficaz, tendría que ser accesible para todos, porque si no la diferencia es que el que puede pagar va a poder vivir y el que no puede pagar, no.

Es en eso en lo que queremos trabajar todos. No queremos imponer una cuestión radical; queremos trabajar. Entiendo que se prohíba la venta de un medicamento porque no sirve o porque se vende por presiones; en ese caso, que no se venda. Pero si hay estudios que indican que sirve, y el que puede pagar va a tener sobrevida, debemos trabajar y buscar la forma de que todos puedan acceder a él. Nosotros estamos para ayudar. No queremos enfrentamientos mediáticos, ya lo saben. Estamos para ayudar, para trabajar. El señor Ministro tiene que saber –tal como lo ha dicho el señor Senador Delgado– que estamos dispuestos a trabajar para buscar la mejor solución que se pueda en este caso.

SEÑOR MICHELINI.- Como el señor Senador Delgado se tomó la libertad de dejar casi una constancia –aunque no lo haya planteado así– en el sentido de que no se innove y de que estos artículos desaparezcan en este momento hasta que se encuentre una solución más concertada –palabra más, palabra menos–, me tomo el atrevimiento de tratar de razonar un poco el artículo, para que vean que el señor Ministro está haciendo lo que tiene que hacer, y el Parlamento después dará su palabra. Necesito un Ministro celoso del Fondo; no displicente. Necesito un Ministro cuidadoso y preocupado por el Fondo; un Ministro que vele por el interés general. Aquí no se trata de que el Fondo se vaya porque hay un Ministro simpático y nunca dice que no. Necesitamos un Ministro que diga: «Tengo un Fondo y lo cuido de esta manera». ¿Cómo? Por un lado, siendo muy exigentes en cuanto a quiénes se les da medicamentos porque, a veces, el medicamento puede ser bueno para una persona de treinta años pero no para una de noventa. ¡Hay casuísticas de todo tipo!

Por otra parte, aquí nadie puede dejar de reconocer –es legítimo– que, a veces, a un paciente se le da el medicamento genérico, pero reclama el de laboratorio de marca. Sin embargo, en algunos casos puede ser que la fórmula y el procedimiento marquen una diferencia, y en otros no.

Tenemos un Fondo que por USD 5 por mes le da prácticamente todos los medicamentos de alto costo al conjunto de la población. Alguien podría decir: «Le estamos reclamando al Ministro pero nosotros vamos a dotarlo de más recursos». ¡Esto puede ser infinito!

El mecanismo de no innovar es que el Fondo siga existiendo. Nosotros no tenemos problema alguno en que la Comisión de Salud Pública estudie todo lo que sea necesario e interactúe con el Ministerio correspondiente; mientras tanto que el criterio que plantea el Ministerio de Salud Pública –palabra más o palabra menos– se preserve. No tiremos esto para atrás –porque ¡vaya a saber cuándo habrá una solución!– y el Fondo se empiece a desvirtuar. Mi razonamiento es decirle al señor Ministro, palabra más o palabra menos; coma más o coma menos, lo siguiente: «Se lo vamos a aprobar pero la Comisión de Salud Pública del Senado hará un estudio profundo de este tema, de forma tal de preservar ese equilibrio entre el interés general y la vida individual». Seguramente, el señor Ministro aplaudirá porque si la sociedad toda y, en este caso, el Parlamento, se mete en este tema, va a comprender que es mucho más complejo que el de pedir un medicamento para tal o cual persona en tal o cual momento de su vida, situación que muchas veces pone al Ministro como alguien que pretendiera que la persona que está pidiendo el medicamento se muriera porque, por tal o cual razón, se está negando a suministrar el medicamento que necesita y, si este fuera bueno, naturalmente se lo estaría dando.

Quería dejar esa constancia. No sé si al momento de analizar la letra fina del proyecto de ley de presupuesto se cambiará alguna coma pero, obviamente, el Ministro está pidiendo no innovar, preservar el Fondo y que luego el Parlamento se tome todo el tiempo necesario para encontrar la mejor solución.

SEÑORA XAVIER.- Gracias al señor Ministro y a la delegación que lo acompaña por estar hoy aquí.

Este es uno de los temas que está arriba de la mesa y sobre el que tenemos que discutir, sin perjuicio de que creo que hay cosas que tenemos que despejar. Pienso que nadie está planteando que se brinden medicamentos que no tienen la corroboración de que son eficientes. Aquí hay algo que se llama «evidencia científica» y nadie –creo yo– va a pretender que el Ministerio incorpore algo que se sabe no tiene efectos beneficiosos. Ergo, me parece que tenemos la responsabilidad de que efectivamente esa maravilla, que es el Fondo Nacional de Recursos, goce de la mejor salud posible, esa que permite, por ejemplo que el chiquito de Bella Unión, del lugar más carenciado, tenga las mismas posibilidades de ser operado de una malformación cardíaca compleja que el niño de mejor condición económica. Esas son las cosas que hacen que el Fondo Nacional de Recursos no solo sea maravilloso sino también muy oneroso. Como uno no tiene la salud ni la vida comprada, esto que todos aportamos –de un valor tan bajo como el que va para la cuota del Fondo– se hace realidad cuando uno debe recurrir a algún procedimiento de alto costo.

Precisamente, fueron procedimientos de alto costo los que caracterizaron los primeros años del Fondo Nacional de Recursos y queda claro que recién desde el año 2007 se incorporaron los medicamentos de alto costo. Al día de hoy, la tecnología ya no supone solamente el aparato sino también el medicamento, que incluye tecnología de alto costo. A fin de que el Fondo no se desfinancie, la misma garantía que había que tener con los procedimientos será necesaria para los medicamentos.

En medicina es muy fácil inducir demandas porque uno siempre se siente en una situación de extrema vulnerabilidad, ya sea por la enfermedad de uno mismo o de un ser querido. La industria farmacéutica sabe que eso es así y sus ganancias son siderales. Con esto no quiero satanizar a la industria farmacéutica; tiene siderales ganancias al igual que otras industrias en el mundo y todos sabemos que desde el año 2001, cuando se implementaron las patentes en este país, empezamos a contar con ese dato que hace aún más costoso acceder a determinados medicamentos. Esto está en la vuelta de las otras cosas que también discutimos porque cuando viene el período de vencimiento de las patentes, aquellos países centrales que son los responsables de generar la mayor cantidad de investigaciones y otras cuestiones, por ejemplo, para esta industria, empiezan a buscar cláusulas en determinados Tratados a fin de que se estire un poquito más el tema de las patentes. En consecuencia, los que siempre nos perjudicamos somos aquellos que no solo no tenemos esas industrias, sino tampoco la creación de tecnología que ello implica.

Me parece que lo que se plantea es que el Ministerio coloque en esta disposición presupuestal un elemento de advertencia, en el sentido de que se trata de un tema que va a seguir dando que hablar y va a motivar más trabajo por parte de todos los decisores políticos. Está presente la Directora del Fondo Nacional de Recursos y debo decir que soy partidaria de que nos dispongamos a trabajar en otras formas para ampliar el menú de financiamiento de los diferentes procedimientos o servicios que brinda el Fondo, a fin de que cuente con la más amplia gama de posibilidades. Eso sí, no lo digo porque vayamos a bajar la exigencia y pensemos que todo tiene que estar previsto y financiado por el Fondo, sino para hacer más sustentable a esta herramienta que debemos preservar, porque cuando no lo hacemos, entra en crisis. Ya sabemos que entró en crisis y si eso sucede no solo no habrá nada que se incorpore sino que vamos a perder todos los beneficios que hasta ahora otorga el Fondo.

Sin perjuicio de trabajar, si es posible, para encontrar un menú de mayores posibilidades de financiación, creo que es importante el aporte individual, pero también el de los propios laboratorios, porque creo que debemos involucrarlos en la solución de este problema. No olvidemos que no somos nosotros los que generamos este problema, ya que los *royalties* no los cobramos, así que ellos deben ser parte de la solución.

Sabemos que esto no lo determinamos nosotros, que viene desde donde se definen ciertas políticas, pero sí podemos hacer que la industria farmacéutica –que ha dado miles de puestos de trabajo en este país y que tiene atrás del aeropuerto puestos de alta tecnología y desarrollo, que nos enorgullece porque era una industria bastante escéptica, que pensaba que el Sistema Nacional Integrado de Salud iba a impedir que se desarrollara y, sin embargo, tuvieron el desarrollo que nunca antes hubieran imaginado– se involucre como parte de la sociedad. Y ojalá podamos trabajar con el interés superior para que quien requiera de una medicación que esté comprobada como eficaz, tenga cubierta esa alternativa. Creo que frente a este tema nosotros tenemos una inmensa responsabilidad, no dudo de la buena intención de muchos de los actores políticos, pero acá no hay más perro que el chocolate.

Hubo un tiempo en que los abogados generaron la industria de la mala praxis y allá marchaban –esto no ofende a los abogados presentes– y venían de países cercanos profesionales de la abogacía a preparar a abogados uruguayos para formar parte de esa industria de la demanda por supuesta mala praxis. Esto generó todas las consecuencias: la medicina defensiva y los sobrecostos de todo tipo, porque ante el mínimo problema, por ejemplo en el dedo chico de un paciente, se le hacía tomografías y toda una batería de estudios porque «mirá si te comés tal cosa». Esto es lo que pasa en la medicina. Ahora bien; el señor o la señora que buscan en *Google* cuál puede ser su mejor alternativa de cura, no puede ser inducido a equivocaciones por los decisores políticos. Por eso creo que tenemos que apelar a la responsabilidad entre todos nosotros, porque sin duda que allí se van a encontrar cosas que nada tienen que ver con la realidad.

Eso que en algún momento fue la industria de demandas por mala praxis hoy se convierte en la industria por las demandas por el medicamento inalcanzable. Yo no quiero ser ni consciente ni inconscientemente parte de esa inducción de demandas que, además, son absolutamente falsas, a una ciudadanía que sabe que tiene posibilidades o cree tener el diagnóstico antes de llegar al profesional médico. Creo que una cosa no quita la otra, si no es esta redacción tenemos que buscar otra en la que tengamos consenso –aunque esta es muy superior a la que vino originalmente–, de manera que tengamos en este Presupuesto Nacional un compromiso con este tema, sin perjuicio de que nos ofrezcamos a trabajar para buscar otras alternativas.

SEÑOR CARÁMBULA.- A mí me parece muy significativa la manera en que se está dando la discusión, y me alegro de que así sea. Escuché con atención a los señores Senadores Delgado y Amorín que hablaron de las posibilidades de trabajar sobre el tema en búsqueda de consensos. Creo que es muy importante porque en estos casos no se puede dar la discusión entre aquellos que defienden la vida y los monstruos que se plantean cortar posibilidades de defensa de la vida. Esto es lo primero que notoriamente tenemos que sacar de la discusión.

A partir del análisis del tema en la Cámara de Representantes hemos visto cómo a determinados Legisladores se les estigmatiza en función de que hayan defendido, o no, el proyecto venido del Poder Ejecutivo o consideraciones sobre el mismo. Por varias razones ninguno de nosotros aquí, en particular, ni como Legisladores, ni como profesionales de salud, y mucho más, porque lo vivimos todos los que estamos en esta sala, como familiares –ya sea hermanos, padres, madres, hijos– defendemos la vida y cada día de vida de un paciente. Cuando se dan las cifras de sobrevida global o de sobrevida libre de progresión y uno ve que, de pronto, son cuatro meses o un mes y medio, ese mes y medio o esa semana de vida para el paciente, su familia y su entorno son fundamentales.

Entonces, quería despejar la discusión planteada en esos términos porque no nos parece bueno y hay que tomar los elementos de consideración de búsqueda de consenso. En ese sentido, creo que hay una cuestión que debemos tener presente en la discusión de la administración de los recursos en salud y de la práctica en materia de salud, que son los cuatro principios de la bioética aceptados.

En primer lugar, hay que apuntar siempre a la autonomía del paciente, al derecho a estar bien informado, al consentimiento, a que la decisión la tome él como corresponde, y brindarle toda la información para que así sea.

En segundo término, está la no maleficencia, el no hacer daño, lo que se conoce desde tiempos de Hipócrates como *primum non nocere*, es decir, no hacer daño.

El tercer principio de la bioética es la beneficencia, es decir, hacer el mejor aporte posible a la salud de cada paciente.

El cuarto principio de la bioética es la justicia en la equidad de la distribución de los recursos.

Creo que esta discusión, a mi modesto entender, debe estar encuadrada en esos principios sustantivos de la bioética como forma de analizar este tema, es decir, descartar lo primero –acá no se trata de defensores o no de la vida– y, segundo, marcarnos en un concepto de bioética fundamental. En tercer lugar, acuerdo tanto con lo que planteaba el Senador Amorín primero, el Senador Michelini después y la Senadora Xavier ahora, en el sentido de que en este Uruguay se dio –lamentablemente en momentos oscuros; debe ser de las pocas cosas que uno valora de aquel entonces– la creación del Fondo Nacional de Recursos en tiempos de dictadura. Eso permitió empezar con un área de medicina altamente especializada, los IMAE, que primero fue restringido, sectorizado a determinadas especialidades y grupos de profesionales. Pero esa herramienta bien interesante que fue el Fondo Nacional de Recursos, que lamentablemente en la década del 90, del 90-2000 entró en franca crisis con un riesgo real de que se perdiera por un déficit acumulado que llegó a ser casi el 20% del volumen total del presupuesto en la década del 2000 –ahí saludo la gestión de entonces del doctor Homero Bagnulo–, se ordenó y se pudo equilibrar sus cuentas. A partir de 2005 –dicho esto sin ningún sesgo político-partidario–, aquella primera línea de cobertura, de intervenciones quirúrgicas altamente especializadas o de técnicas altamente especializadas –en concreto, la patología renal– se amplía a todo lo que es la línea de medicamentos de alto costo, particularmente en la oncología, pero también en otros, en el HIV, en la hepatitis C y en otras patologías difíciles. En 2005 no había cobertura para los pacientes en materia de medicamentos de alto costo, en el 2006 se pasó a cubrir 450 casos y casi 5300 en el 2014.

Entonces, lo que decía el señor Senador Michelini –y creo haberle entendido así también al señor Senador Amorín– es que hay una primera cosa que es la defensa de esta herramienta fundamental que es el Fondo Nacional de Recursos, en el sentido del equilibrio presupuestal, que permita seguir brindando –fíjense los señores Senadores– a 5.300 pacientes la medicación de alto costo y de alta complejidad con un criterio universal.

Ese es el otro gran concepto del Fondo Nacional de Recursos; estamos hablando de medicina altamente especializada pero, además, de un criterio universal que permita llegar a lo que es la población más vulnerable económicamente y postergada desde el punto de vista social, para hacer una cobertura universal para todos los uruguayos y las uruguayas. Este es otro concepto sustantivo en este tema y que debemos valorar.

Como dije, debemos defender esto, sin duda, con toda nuestra fuerza. Es el Fondo Nacional de Recursos el que nos permite brindar 5.300 coberturas de medicamentos de alto costo, más casi 20.000 intervenciones quirúrgicas u operaciones de alta complejidad en medicina altamente especializada. ¡Vaya si ese es un logro fundamental! Por eso era lo que decía el señor Senador Michelini acerca de que la intención del Ministerio es, justamente, preservar esta herramienta.

La experiencia de Inglaterra que, tal vez, sea el modelo más avanzado de sistema nacional de salud en el mundo capitalista, arranca inmediatamente después de la postguerra y se plantea con la cuestión más innovadora que es el médico general. Intenta dar cobertura universal en materia de medicina de alto riesgo y, sin embargo, poco tiempo después debe volver hacia atrás porque el fondo se desfinancia en un tema tan importante como ese y elige, selecciona y, como informaba el señor Ministro, retira medicamentos planteados sobre la base de la medicina basada en la evidencia, como debe ser.

Aquí, naturalmente, y como todos comprendemos, están el paciente –que siempre es el primero en nuestra preocupación–, su familia, la sociedad, quien administra los recursos de esa sociedad y un poderosísimo *lobby* que es la industria del medicamento a nivel internacional, que –no

tengo los números para decirlo con exactitud– mueve millones y millones de dólares. Solo para dar un ejemplo de lo que esa industria genera, menciono al laboratorio que produce el cetuximab, que es uno de los medicamentos que ha figurado en la prensa últimamente como uno de los que genera, en determinado tipo de población –en algunos receptores positivos– y sumado a la quimioterapia, una sobrevida global respecto a la progresión de la enfermedad de cinco meses, mientras que, en otros casos, la sobrevida es de apenas un mes y medio respecto a la progresión de la enfermedad. Ese mismo laboratorio enfrenta un juicio que lo condena por la publicidad que hizo de un medicamento que estaba destinado a un determinado tipo de patología mental porque lo transformó, según una campaña de propaganda, en uno orientado al Mal de Alzheimer. Está pagando cifras millonarias por el mal uso de la propaganda médica en estos temas, que son extremadamente sensibles.

O sea que tenemos, en primer lugar, al paciente y a la comunidad, a la sociedad que administra los recursos y, del otro lado, a una industria poderosísima que es la que, en muchos casos, genera expectativas. Por cierto que cada uno de nosotros va a pelear por las gotas de Treinta y Tres o por el medicamento más complejo cuando se trata de un familiar muy cercano, y eso es totalmente comprensible.

Entonces –y termino por aquí porque esto, naturalmente, merecerá seguir trabajando en el tema y pensando a futuro–, en primer lugar, aceptamos el reto que planteaban los señores Senadores Delgado y Amorín en cuanto a trabajar hacia el futuro y, en ese sentido, planteo cinco puntos ya mencionados por el señor Ministro para eso. Hay iniciativas parlamentarias en el mundo, particularmente, en Estados Unidos, donde esta confrontación es muy significativa. Entonces, transparentemos los costos de los medicamentos. Aquí, señores Senadores Amorín y Michelini, el medicamento, por lo general, no es genérico sino que tiene la marca de laboratorio que lo produce. Uno se sorprende de que ese medicamento, antes de ingresar al fondo cueste miles y miles de dólares y, una vez en él, se abarate. O nos sorprendemos cuando logramos hacer una compra en común de medicamentos –por ejemplo, la Unasur compra medicamentos para la hepatitis o antirretrovirales para el sida– y los costos bajan 30 veces.

En primer lugar, tenemos que trabajar sobre la transparentación de los costos de los medicamentos que las grandes industrias traen acá, que como no son genéricos, son exclusivos, llegan a niveles de costos que nunca tienen relación con lo que el costo realmente es. El argumento que se da es que muchas veces los costos de los medicamentos están vinculados a la innovación, a la investigación, a la inversión de ese laboratorio en materia de investigación y les puedo decir que no es así, porque el 75% de los costos en las grandes capitales de la investigación del medicamento dependen de lo que invierte el Estado en esas sociedades. Entonces, hay un porcentaje muy grande de inversión pública en investigación e innovación, y sin embargo todo eso es trasladado a costos que para nuestras dimensiones son muy difíciles de sobrellevar. En resumen, trabajemos en la transparencia de los datos en materia de medicamentos.

En segundo término –como también lo plantea el Ministro–, trabajemos en el riesgo compartido. Ya existe experiencia en el Fondo Nacional de Recursos en el sentido de decidir incorporar una droga con el consiguiente riesgo compartido, a los efectos de que esta entrada tenga de los dos lados la reciprocidad correspondiente: el laboratorio trae el medicamento y el Fondo Nacional de Recursos, que lo autoriza, abre una etapa de evaluación de sus resultados con los de las evidencias en la medicina.

En tercer lugar –esto lo planteo como una gran interrogante–, en ese reto que nos propusimos de trabajar en conjunto les pregunto a todos los partidos si estamos dispuestos a pensar en gravar a los grandes laboratorios que ingresan con sus medicamentos. No lo estoy diciendo en el presupuesto para que se genere un nuevo impuesto, sino para que pensemos en el futuro en la herramienta del Fondo Nacional de Recursos y su defensa. ¿No será el momento de decirle a estos grandes laboratorios multinacionales que entran al país con ese volumen de costos que van a ser parte del financiamiento de un Fondo Nacional de Recursos que, naturalmente, cada vez nos va a exigir más?

Estuve conversando con el señor Diputado Gallo que preside la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados, acerca de que hoy en día, desde el punto de vista oncológico, el Uruguay

tiene tres grandes referencias: resuelve bien la radioterapia; resuelve la cirugía y resuelve la quimioterapia. Estamos en un campo que es la nueva línea en materia de anticuerpos monoclonales que está abriendo una enorme posibilidad –aún con grandes interrogantes–, que por ahora son paliativos, estiran la sobrevida, y excepcionalmente podemos hablar de curación. Pero el Uruguay está dando esas tres grandes herramientas y estamos trabajando sobre eso: hagamos un esfuerzo para fortalecer el Fondo Nacional de Recursos con ingresos que pueden venir de las propias industrias que luego venden esos productos al Uruguay.

En cuarto término, tenemos que pensar en una idea de consenso que consiste en trabajar más que nunca en la integración en la compra de los medicamentos, que también lo está practicando el Fondo Nacional de Recursos. Tenemos que respaldar lo que ya sabemos, y es que los medicamentos –particularmente, los de la hepatitis y los antirretrovirales– comprados en el marco de la Unasur representan una rebaja sustantiva –lo que se va a ver en los análisis de los artículos del presupuesto– que nos permite pensar en una cobertura universal también para el tratamiento antirretroviral del HIV, que es una de las grandes propuestas que, a mi entender, trae este articulado que viene del Poder Ejecutivo y del Ministerio de salud Pública. Pensemos y trabajemos sobre la base de acuerdos multilaterales entre los países de la Unasur en la perspectiva de una compra común –como ya se está haciendo–, que abarataría significativamente los medicamentos que hoy estamos planteando.

En quinto lugar, comparto lo que plantea nuestro Presidente en el sentido de que a los mecanismos de control que ya tiene el Fondo Nacional de Recursos, donde también están el Ministerio de Salud Pública, las autoridades del fondo, ASSE y las mutualistas, sumemos un ámbito de análisis que incluya a la Facultad de Medicina, al Colegio Médico y a las Organizaciones que nos den la mayor garantía de referencia para quienes están trabajando en el tema, para los pacientes y sus familiares, y para la sociedad en su conjunto. No tengo dudas en la necesidad de pensar en una herramienta que amplíe la transparencia, las resoluciones y las definiciones con total respaldo de ese ámbito.

Creo que esto que planteaba nuestro Presidente en una carta pública que todos conocemos es de recibo y hay que pensarlo. Son cinco caminos para un consenso en un tema de alta sensibilidad y lo planteo ante lo que han dicho tanto el señor Senador Delgado como el señor Senador Amorín.

SEÑOR GARCÍA.- La verdad es que todos los aportes han sido muy buenos y no necesariamente contradictorios, ya que hubo exposiciones muy coincidentes. Es más, creo que cuando el señor Senador Carámbula dijo que aceptaban el reto mostró una intención de sentarse a charlar estos temas. Es más, después de una hora que hace que estamos hablando de estos tres artículos que refieren al acceso a los medicamento de alto costo, si algo queda claro es que este no es el ámbito para discutirlo. Esto no tiene nada que ver con otros artículos que hay en el Inciso, como puede ser la supresión y creación de cargos o modificación de organigramas. Estos temas sí son de Presupuesto, pero en estos –como señalaba el Senador Carámbula con especial detalle, pero otros también– se analizan con mayor detalle elementos que hacen a temas mucho más profundos. Toda la discusión bioética que esto implica, notoriamente, no tiene nada que ver con la discusión presupuestal. Lo que acaba de decir el señor Senador Carámbula, que es de una profundidad muy importante, seguramente requiera de un ámbito en el que se puedan agregar otros aportes desde otro ángulo. Esto puede llevar a concluir en forma acordada la manera en que se maneja un tema muy difícil. Nadie está diciendo que es un tema sencillo. Ahora bien, queda claro que esto que acaba de decir el señor Senador Carámbula no tiene nada que ver con la discusión presupuestal pura y dura.

Lo que se está haciendo es innovar poniendo una valla. Además, hay que tener en cuenta que mañana un paciente puede ser el Senador García o su mamá –pongo mi nombre porque como estamos hablando de enfermedades graves no quiero señalar a otro–, cualquiera de los Senadores aquí presentes o la mamá, el papá, el hijo, el sobrino, el tío, el nieto o lo que fuera de cualquier uruguayo. Entonces, en debates tan interesantes, ante la realidad de que un medicamento puede salvar nuestra vida o la de un hijo, ¿uno se mantiene con tanta pureza ideológica? ¿O tratamos de ver cómo llegamos a obtener ese medicamento? Se nos podrá decir que no es posible, por lo que dice el artículo 441 o 454, pero lo que me va a importar es que mi hijo, mi nieto o mi sobrino tiene una enfermedad grave y este medicamento lo ayuda. Todos sabemos que quizás no le salve la vida, pero un día, un mes o un año más de cualquier persona es muy importante.

Para discutir estas cosas se requiere paz, ciencia, meditación y aportes, y no de la urgencia de una votación presupuestal. Habría que ser un enorme demagogo o hipócrita para creer que los recursos del Estado son infinitos. Quien sostenga eso estará cometiendo un pecado de demagogia imperdonable. Todos sabemos que existen límites; el problema es cómo priorizamos la utilización de esos recursos. Y cuando están vinculados a aspectos bioéticos no es la discusión presupuestal el lugar adecuado para analizarlo. Por eso es que la propuesta que hace el Partido Nacional –que formalizaba el señor Senador Delgado– no es del todo o nada; se trata de buscar un ámbito especializado y amplio en el que también puedan participar los usuarios. Se habla mucho de los usuarios, pero ¿alguien duda de que los usuarios quisieran que estos artículos no estuvieran incluidos en el Presupuesto? Tanto que hablamos de la participación, y que sobre todo el oficialismo ha hecho gran hincapié en la participación social en los Organismos de conducción de la salud, ¿no les parece oportuno que en una discusión que impide hasta el recurso judicial, que es el último de los recursos para un usuario –que puede ser cualquiera de los uruguayos–, los uruguayos tengan algo para aportar? ¿O la participación social en los Organismos de la Salud sirve para todos menos para estos artículos? Por algo el Sistema Nacional Integrado de Salud los incluye. ¿Y no los vamos a escuchar cuando se discutan estos artículos? Lo digo con la mano en el corazón. Yo estoy seguro de que en este momento hay varios Senadores del Frente Amplio que están diciendo la verdad, y estaría bueno que opinaran. Con esto no quiero decir seguir la opinión, sino escucharla. Y, asimismo, habría que escuchar la opinión de las cátedras, que recontraopinaron sobre estos medicamentos. El Presidente se equivocó cuando escribió su carta, pues las cátedras tienen opinión de larga data sobre estos medicamentos. Y también habría que escuchar a la gente que se encarga de gerenciar las instituciones de la salud. Cuando hablamos del Fondo Nacional de Recursos, si a alguien no les comprende las generales de la ley al respecto es a todos los que estamos acá, porque fue un invento de la dictadura; y como este es un organismo democrático y republicano, nosotros no tenemos nada que ver. Así que acá todos podemos hablar sin que nos comprendan las generales de la ley. Cuesta decirlo porque fue en la dictadura –como decía recién el Senador Carámbula–, pero la verdad es que el Fondo Nacional de Recursos es un elemento distintivo en el mundo. Siempre decía que cuando iba al exterior había dos cosas que eran muy difíciles de explicar: una era el Fondo Nacional de Recursos y la otra el sistema electoral uruguayo. Estas eran las cosas que más me costaba explicar porque la gente no las entendía cuando se las explicaba, aunque ahora el sistema electoral ya se mejoró un poco. Pero el Fondo Nacional de Recursos sigue siendo difícil de explicar, porque que en el mundo puedan acceder a alta tecnología por cifras mínimas es algo que no existe para los habitantes del resto del mundo. El pobre se muere pobre y sin salud. Y en Uruguay, desde hace decenas de años, no desde el 2005, estas cosas son de larga data.

SEÑORA XAVIER.- Los medicamentos no.

SEÑOR GARCÍA.- En el Uruguay el acceso a la salud y a la tecnología de salud es de muy larga data. Entonces, no está bien que nosotros tengamos esta posibilidad y que el recurso que utilicemos sea el de poner la valla, porque en verdad lo es, ya que la innovación de estos tres artículos combinados es la pared, el muro que impide el último recurso. E impedirle, inclusive, el recurso judicial a un paciente, es algo que se enfrenta con los principios básicos de la ética. No podemos hablar de bioética y, al mismo tiempo, levantar un muro para que la gente no acceda a un recurso que le puede mejorar sustantivamente la vida. Entonces, esto requiere la paz de una discusión que no es la presupuestal. ¿Que el Fondo Nacional de Recursos se puede fundir? Sí; cualquier institución que maneja recursos si los gestiona mal se puede fundir. De eso no hay duda ninguna. Esta realidad ocurre para el Fondo Nacional de Recursos y para el club de *baby* fútbol del barrio; cualquier institución se puede fundir. Nosotros seríamos unos criminales si tomáramos una decisión que llevara a poner en peligro una institución que todos queremos cuidar, que es muy igualitaria, como es el Fondo Nacional de Recursos. Y cuando digo nosotros me refiero a la oposición, y me permito hablar en términos genéricos porque las opiniones fueron coincidentes. Aclaro que no hablo de una discusión eterna sino de un plazo de seis meses, por ejemplo, de 180 días. Es un plazo muy razonable, extremadamente razonable, que no va a hacer fundir al Fondo Nacional de Recursos; eso está claro. Acá está el presidente de la Comisión de Salud Pública, el Senador Carámbula, que hasta puede agarrar la volada y decir: «Yo me establezco como garante». Si hay que establecer una moción que nos comprometa políticamente, estoy seguro de que los compañeros Senadores de la oposición acceden. Nos comprometemos a 180 días. Acá me aclara la Senadora Alonso que también está el diputado Gallo, que es el presidente de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Representantes, así que son dos garantes; está el Poder Legislativo en pleno. Entonces, poner un plazo de 180 días no es una locura. Descomprimimos un tema; descomprimimos la angustia. Porque la gente tiene derecho a angustiarse, tanto la que está enferma y está reclamando, como los demás, porque estos pueden pensar: «En el día de mañana

puedo necesitarlo yo». Un plazo de 180 días desde ahora sería hasta mayo o junio del año que viene. La idea sería que hubiera un ámbito plural, con participación social, con participación científica, con participación jurídica, con participación política, con participación del Poder Ejecutivo.

De esa forma el tema se descomprimiría y lo digo con total sinceridad, sin vencidos ni vencedores: no se puede llevar al término de que si se toma una decisión en este sentido ganan unos o pierden otros. Hoy es el Gobierno del Frente Amplio, pero dentro de cuatro años puede ser de otro partido. Este es un tema que a todos nos involucra; nadie va a jugar con esto. Si accedemos a esa salida se enaltecería al Poder Ejecutivo porque la verdad me parece que va en la línea de buscar un acuerdo, de encontrar mecanismos para generar una política de Estado y que a todos nos pondría en el compromiso de solucionarlo. Hablo de ciento ochenta días, de una Comisión multisectorial, plural, con participación social, que no compromete a nadie a adoptar ninguna solución, sino simplemente a tener un compromiso político con un tema que no tiene fin con estos tres artículos.

Me imagino que en el año 1981 cuando se creó el Fondo Nacional de Recursos a nadie se le pasaba por la cabeza la existencia de estos medicamentos; ni en el año 1981, ni en 1990. ¿Nosotros sabemos lo que va a existir dentro de diez años? ¿Sabemos cuáles van a ser las nuevas tecnologías? ¿Tecnologías en medicamentos, aparatos o en técnicas? Hace veinte años –por lo menos en estos barrios del mundo– era difícil pensar que hubiera un robot que operara, pero ahí está el sistema Da Vinci. Por desgracia la mente humana tiene límites para darse cuenta de lo que puede existir dentro de veinte o veinticinco años. En el futuro nos vamos a ver enfrentados nuevamente a un dilema bioético: la administración de recursos para acceder a la salud en materia de alta tecnología. ¿Cuál tecnología? No sé; no se sabe lo que puede existir dentro de diez años. Sería bueno que los partidos políticos nos encontráramos para enfrentar este tema como lo hace cualquier gobernante, sea del partido que sea. Quizá en el día de mañana tengamos que pensar en crear una unidad reguladora de la alta tecnología como la que existe para la energía o para las comunicaciones; hablo de una unidad que esté arriba y que no participe porque en el Fondo Nacional de Recursos hay jueces y partes, y quienes deciden esto terminan siendo el Ministerio de Economía, el Ministerio de Salud, las mutualistas, etcétera. ¿No sería oportuno que la decisión sobre estos temas estuviera fuera del ámbito en el que están ahora y que quede en manos de quienes indican las técnicas y las financian, como se hizo con una unidad reguladora en el caso de las comunicaciones o de la energía? Quizá ese sea un mecanismo para el futuro.

Todas estas cosas se pueden analizar con serenidad si salimos de la urgencia presupuestal.

SEÑOR MICHELINI.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

SEÑOR GARCÍA.- Con mucho gusto.

SEÑOR MICHELINI.- Hemos recibido un planteo formal y naturalmente lo analizaremos, pero a riesgo de sentar una opinión, debo decir que yo lo razono completamente al revés. Palabras más palabras menos, creo que si nosotros votamos estos artículos antes de ciento ochenta días las Comisiones de Salud van a tratar el tema porque a ustedes y a nosotros nos interesa profundizar y porque quizás lleguemos a la conclusión de que los artículos están bien; pero si nosotros no lo votamos es muy posible que dentro de ciento ochenta días nos pidan cuatro meses más y luego cuatro meses más, ¿y qué le va a decir el Ministro al Parlamento? ¿Qué no le da cuatro meses más en un tema tan difícil? El Ministro mandó todo esto porque está preocupado y porque lo tiene estudiado. En esta legislatura este tema está muy en boga en el Parlamento y en la opinión pública, pero que yo sepa no se presentó un proyecto articulado, aunque me puedo equivocar y sí lo hay. Si existe pido disculpas porque no integro esas Comisiones. ¿Por qué? Porque todos nos detenemos en la manera en que atendemos al usuario y el Ministro está pensando en los usuarios. Prefiero –repito, palabras más, palabras menos, puede ser que intercalemos alguna frase, alguna coma si es que al final decidimos modificar esos artículos– decirle al Ministro que hacemos confianza en él, que vamos a aprobar el articulado, pero que vaya aprontando el equipo porque dentro de 180 días –quizás en una Comisión de la Asamblea General, por qué no– vamos a estudiar este tema porque es muy sensible y sé que los plazos se van a cumplir. Todos conocemos los tiempos parlamentarios y los problemas que tiene el país; este es muy importante, pero no el único. Me temo que lo que puede ocurrir es que el Ministro, haciendo esta propuesta, que aunque no sea cien por ciento acertada es de alguien que ha estudiado tema, diga que

lo dejan sin herramientas. Preferiría aceptar el planteamiento del Ministerio, que se llevara ese tema a la Asamblea General, se designara una Comisión para que lo estudiara y de esa forma le estamos dando herramientas al Poder Ejecutivo.

SEÑOR GARCÍA.- La diferencia es que esto se puede hacer si no se innova. Se está, primero frenando para, luego, discutir. Nuestro planteo es que no cuesta nada que se siga como está para, después, cuando lleguemos a una decisión final –para la que todos trabajaremos–, ahí sí lograr un mecanismo que sea novedoso. Pero si el primer gesto que adopta el Parlamento es el de cerrar las puertas, levantar un muro e impedir el recurso final que es llegar a la justicia, obviamente que eso no descomprime, sino que hace que aumente la presión. Se podrá decir que no tiene por qué ser de más de seis meses, pero es muy fácil porque se puede votar aquí que el plazo sea de seis meses sin prórroga. Estamos dispuestos a votar esto, para que cuando alguien diga: «No, pero ustedes firmaron esto», le podamos mostrar que dice sin prórroga. Agrego algo más que me lo acota el señor Senador Delgado con mucha inteligencia, como habitualmente hace los razonamientos. Como esta norma no es presupuestal y para votar estos artículos no se requiere una instancia de esta naturaleza, si el día de mañana el oficialismo quiere votarlo, teniendo las mayorías legislativas, lo puede hacer, porque no tiene ningún impedimento jurídico para hacerlo cuando quiera. Si ponemos como plazo seis meses y nos falta un punto para llegar a un acuerdo, el poder Ejecutivo puede decir que se acabó el tiempo y que mañana entran a sala los tres artículos. Como hay mayoría no hay ningún impedimento jurídico y lo puede hacer. Incluso, puede levantar el receso, puede hacer lo que quiera. Me parece que sería un enorme gesto de madurez política de todos nosotros –y no estoy diciendo que alguien carezca de esa madurez–, del sistema, porque es un tema muy profundo y hay que escuchar. Si estuviera en el oficialismo me preguntaría qué opinan los usuarios. Se ha insistido tanto para que participaran en la Junta de Salud, en los Organismos Directivos y en esto que es su vida –y lo digo literalmente– no los consulto.

Cierro por acá la propuesta que hace el Partido Nacional y me quedo con algunas expresiones del señor Senador Carámbula que me parece que va en la línea de lo que estamos hablando para encontrar una solución.

SEÑOR DE LEÓN.- En primer lugar, quiero saludar y felicitar a la delegación del Ministerio porque creo que esta innovación tiene como principal objetivo la defensa del Fondo Nacional de Recursos.

En segundo lugar, me sumo a los planteos de los señores Senadores Amorín y Carámbula, y a parte del planteo que hacía el señor Senador García, en cuanto a pensar para el futuro en una Unidad Reguladora Independiente que cumpla el papel de fiscalización y de contralor de todos estos temas tan sensibles y tan importantes para la ciudadanía.

Queremos eso; queremos un Gobierno y un Estado proactivos, que definan políticas, que democraticen y planteen un acceso cada vez mayor y que profundice un fondo –que ha llegado para quedarse– para que tenga un impacto positivo para todos los ciudadanos del país.

En lo que tiene que ver con los medicamentos, este fondo –que tiene larga data– ha pasado mucho tiempo durmiendo en algún cajón, pero desde hace algunos años a esta parte, ha estado proactivo y ha tenido un impacto enorme en la ciudadanía. Creo que el gran cambio –y por eso felicito al Ministerio– se da cuando un gobierno define y quiere jugar un rol importante en la definición de políticas. Aquí la disyuntiva está entre el mercado y la evidencia científica, en basarse en las capacidades humanas y profesionales que tiene el país, que han sido mencionadas en el día de hoy. Creo que está ahí la gran innovación planteada por parte del Gobierno en estos artículos.

Hay una apuesta al conocimiento nacional, a las políticas nacionales, a los profesionales nacionales, a la academia médica, a todos los sectores vinculados a la medicina del país, frente a la propuesta del mercado. A esta altura, tanto en la salud como en el agro, en la pecuaria, etcétera, la disyuntiva es aplicar las políticas propuestas por el Estado o dejar que el mercado decida.

SEÑOR AMORÍN.- Aquí nadie está diciendo: mercado versus médicos nacionales. Simplemente queremos que la población acceda a aquellos medicamentos que fueron comprobados como seguros y

eficaces. No queremos que las multinacionales nos impongan, queremos que el Ministerio de Salud Pública –que es la entidad rectora– diga: «Estos medicamentos sí. Estos medicamentos no». Nosotros confiamos en el Ministerio de Salud Pública. Lo que queremos –y es lo que está en discusión y no otra cosa– es que cuando el Ministerio de Salud Pública autorice la venta de ciertos medicamentos, exista la opción de conseguirlos por el Fondo Nacional de Recursos. Pretendemos que cuando el Ministerio de Salud Pública, los médicos uruguayos que estudiaron en la facultad, nuestros técnicos, digan que ciertos medicamentos sirven, sean accesibles para todos y no solo para los que los puedan pagar.

No es sencillo; todos sabemos que el Fondo Nacional de Recursos tiene cierta cantidad de dinero. Pero no podemos decir que unos están a favor de la vida y otros en contra y tampoco podemos decir que defendemos a los médicos nacionales y a la academia en contra del mercado. Es un tema mucho más complejo. No es un tema de eslóganes. Hay que ver cómo hacemos para que medicamentos que son eficaces puedan llegar a toda la población, aun a los que no los puedan pagar.

Reitero: no digo que algunos somos buenos porque queremos que la gente tenga acceso a todo y otros son malos porque no quieren. Sé que este es un tema complejo. Ahora bien, tampoco quiero que digan que defienden a los médicos nacionales, a la cátedra y a la academia y los otros creen en el mercado. No, ninguna de las dos cosas. Con el señor Senador De León hemos trabajado mucho y seriamente porque es una persona seria y bien inspirada. Por lo tanto, también trabajaremos en estas cosas.

SEÑOR DE LEÓN.- Nuevamente coincido con el señor Senador Amorín. Lo más importante de todo esto es que el nivel de discusión de este tema se ha elevado respecto al que teníamos en las últimas semanas.

Creo que nos tenemos que felicitar porque estamos hablando de un tema muy sensible y muy importante para la población. Reitero el apoyo a esta innovación que ha tomado el Ministerio de Salud Pública en defensa de un instrumento tan importante para los ciudadanos y ciudadanas de este país.

SEÑOR BERTERRECHE.- Para mí es un poco delicado hablar de este tema porque me comprenden las generales de la ley; no porque haya creado el Fondo Nacional de Recursos, sino porque convivo con alguien que es beneficiario desde hace varios años de él.

Observo dos lugares de esta discusión. Uno de ellos, me encanta y me lleva a decir «¡qué bueno!», «¡qué nivel!», «los colegas me están iluminando el camino». Toda una discusión por lo alto, como creí que iba a ser esto de ser parlamentario y, en general, no lo es.

Y el otro es como, en realidad, es todos los días, por lo bajo, agarrando el corazón y estrujándolo.

Se habla de los usuarios, de los que quieren acceder y no de los que ya tienen los medicamentos.

Estoy de acuerdo con tener la discusión por lo alto. El problema es que después que salimos de acá, a la vueltita nomás, dicen «¡estos que no quieren!» y empiezan con las redes. Y por las redes les llega a la persona receptora que, encima, se siente culpable por las cosas que allí se dicen.

En lo personal, estaría dispuesto a llevar adelante esto si después no se usara de una manera irracionalmente política, ¡pero es lo que estamos viendo! La realidad esta que me encanta, no es la que me están diciendo acá; la realidad es que después dicen «la manga de asesinos del Frente Amplio le quiere sacar a las pobres viejitas que se van a morir». Aclaro que en mi caso el beneficiario no es ninguna viejita porque si no voy a tener problemas.

También quiero aclarar que si comparo la persona que vive conmigo con el número diez del rápido Juventud, me van a cambiar la cerradura de casa. El Fondo Nacional de Recursos y sus

usuarios no es un cuadro de *baby* fútbol y si se funde estamos en problemas por los usuarios que hoy están recibiendo beneficios. Muchas veces, en esta discusión nos detenemos en los que todavía no los han recibido y no en los que los están recibiendo, en la cantidad de enfermos crónicos que hoy los están recibiendo. Este no es un problema de alargarle la vida un mes o dos meses sino un problema que es la vida o no la vida.

Reitero: me encantaría tener esta discusión y, a pesar de que no integro la Comisión de Salud Pública, participaría solamente para escuchar una discusión por lo alto, con los técnicos y técnicos políticos, además. Pero de la forma que está dada hoy la discusión, será muy difícil darla en estos términos porque, en estos términos están los que somos una manga de asesinos y los que están a favor de las multinacionales. Yo no creo que sea así; me parece que debería haber un espacio para otro tipo de discusión.

Lamentablemente, se llegó a ese lugar y ahora, después de estar en el lodo, de mandar cartas a la prensa y embanderarnos, es muy difícil salir de allí, es muy difícil dar una discusión sincera, honesta y por lo alto.

Les tengo que decir a los usuarios crónicos de hoy, a los que son beneficiarios: «no, mirá, vamos a dar una discusión, pero no tengas miedo, no van a cometer la irresponsabilidad de fundirlo, no lo van a comparar con un cuadro de *baby* fútbol». Lo voy a tener que decir, pero lo haré en la medida en que todos nos sinceremos; de lo contrario, será muy difícil empezar esta discusión, discusión que se enlodó y no precisamente por la propuesta que hace el Ministerio.

SEÑOR MINISTRO.- Si la señora Presidenta lo permite, me gustaría ceder el uso de la palabra a la Gerenta del Fondo Nacional de Recursos, doctora Alicia Ferreira, para que se refiera al artículo 441.

SEÑORA FERREIRA.- Buenas tardes. Quería aclarar algunos aspectos que tienen que ver con la metodología a través de la cual se incorporan los medicamentos a la cobertura financiera universal y con equidad a través del Fondo Nacional de Recursos, es decir, los medicamentos de alto costo. Muchas veces hay una confusión entre lo que es el ingreso de medicamentos al país para su comercialización –es decir, su registro– con el ingreso al formulario terapéutico de medicamentos, que permite –justamente– que el Fondo Nacional de Recursos o las instituciones prestadoras del Sistema Nacional Integrado de Salud brinden los medicamentos a los usuarios.

Cuando se registran los medicamentos para su comercialización en el país, se estudia si son eficaces y seguros, es decir, si las agencias como la FDA, de Estados Unidos, u otras de Europa ya han avalado la posibilidad de que esos medicamentos sean indicados por los médicos y, por lo tanto, puedan ser recibidos por los pacientes. Una vez que esos medicamentos ingresan al país para su comercialización –de hecho, uno de los artículos que está integrado en este proyecto de ley establece justamente eso: que solo esos medicamentos pueden ser brindados a los pacientes–, el laboratorio, los médicos o algún actor institucional pueden solicitar que ese medicamento de alto costo sea financiado, para todos los pacientes que lo requieran en cualquier institución, a través del Fondo Nacional de Recursos.

¿Cuál es el estudio que se realiza, tal como lo establece uno de los artículos del proyecto de ley? Lo primero que se hace es establecer si ese medicamento es seguro y eficaz en comparación con otros. ¿Por qué? En el Uruguay hay muchos medicamentos registrados que tienen efectos muy parecidos o iguales; se llaman *me too* –es decir, «yo también»–, o sea que son medicamentos de diferentes laboratorios –o incluso del mismo– que tienen el mismo efecto. En definitiva, cuando se va a cubrir financieramente un medicamento para toda la población, en forma universal, lo que se hace es analizar su eficacia y su seguridad en comparación con los que ya están. Si bien los medicamentos pueden tener efectos similares, ¿qué sentido tiene que dentro de la cobertura haya medicamentos que hacen exactamente lo mismo? Además, de repente hay un medicamento que es mucho más costoso que otro que ya está cubierto y no tiene sentido obligar al Fondo o a las instituciones a que lo compren, porque ya hay otro que salva la vida y ejerce un efecto igual a este cuyo ingreso se pide, a un costo eventualmente mucho más elevado.

En general, cuando se realizan las guías clínicas, se dice «existen este, este y este medicamento que pueden tener tal efecto», muy bien, pero cuando se va a normatizar la cobertura financiera, se elige uno de ellos. Ese es el primer paso establecido en el artículo para incluir un medicamento. También tiene que ver con si ese medicamento es costo efectivo, es decir, si el costo al cual lo ofrece el laboratorio es menor o mejor desde el punto de vista de su incidencia en la calidad de vida que otorga. Ahí se entra a una discusión que, efectivamente, es muy difícil de dar, que sí tiene ribetes éticos, pero de ética sanitaria. ¿Por qué? Porque cuando se es responsable de administrar dineros públicos como son los del Fondo Nacional de Salud, hay que tener bien claro que no se pueden dar todos los medicamentos que aparecen, ya que ningún país del mundo financia en forma universal y gratuita todos los medicamentos que surgen, aparecen o se comercializan en los países. Entonces, ¿qué es lo que hacen los países? Algunos pueden decir «Este lo voy a dar y este no. Este sí y este no». Pero esta no es la forma de decidir y priorizar, sino a través de metodologías que se denominan «evaluación de tecnologías sanitarias», que es lo que hace el Fondo Nacional de Salud y también el Ministerio de Salud Pública. Esta metodología está desarrollada en muchos países del mundo. Recientemente, en Uruguay se celebró un encuentro internacional de evaluación de tecnología sanitaria al que vinieron expertos extranjeros. Una de las expertas españolas, la doctora Sampietro, nos felicitó cuando supo que Uruguay estaba incluyendo en su ley de Presupuesto Nacional, como han hecho otros países, artículos que establecen la necesidad de utilizar herramientas de evaluación de tecnologías sanitarias para apoyar las decisiones que tiene que tomar el Gobierno sobre cuáles medicamentos incluir en la cobertura financiera y cuáles no. Esto lo hacen los países europeos, Australia, Canadá e, incluso, Estados Unidos para aquellas coberturas que tienen *Medicare* y dicen: «Estos medicamentos no se pueden financiar y estos sí». Hay publicaciones que están en los sitios web de cada uno de estos países, donde dice: «Este mes se evaluaron tales medicamentos, estos se incluyeron porque son costo efectivo, y estos no porque no son costo efectivo». Los países, los gobiernos tienen que tomar esas difíciles decisiones porque, justamente, tienen la responsabilidad de administrar los dineros públicos de la mejor manera posible. Entonces, esa es una de las herramientas que utilizan.

La otra herramienta es, además, decir cuál es impacto presupuestal que tiene incluir este medicamento en la cobertura. Cuando se habla de impacto presupuestal lo que hay que evaluar es, en primer lugar, a cuántos pacientes les puede corresponder este medicamento, porque no es a uno, a dos o a tres, sino todos los pacientes que de acuerdo a la epidemiología, a la opinión de expertos, van a necesitar en algún momento recibir esa medicación. Se hace un estudio a cinco años, a diez años, porque no se trata de decir: «Hoy el impacto es de $ 1:000.000 y dentro de cinco años veremos». El estudio que hace el Fondo Nacional de Recursos –incluso, a través de un software especializado que se utiliza–, es de proyección del gasto.

Por ejemplo, uno de los estudios que hicimos la semana pasada fue la posible inclusión, para un tipo de cáncer, de un medicamento que prolonga la sobrevida, incluso más que los que hoy están incluidos. Cuando se hizo ese estudio que, incluso, el laboratorio que lo ofrece lo avaló, pudimos saber que el gasto de ese medicamento en cincuenta posibles pacientes que lo van a necesitar, dentro de cinco años va a ascender a USD 10:000.000. Hoy el Fondo Nacional de Recursos gasta USD 30:000.000 en todos los medicamentos que brinda a la población, algunos de los cuales curan el cáncer; todos los medicamentos que curan el cáncer están dentro de la cobertura del Fondo. En el 2014 se trataron 700 pacientes con linfoma, con leucemia mieloide crónica, de los cuales un alto porcentaje tiene remisión completa porque este tipo de cáncer es hematooncológico, y algunos de ellos se curan con estos medicamentos que están financiados y que son gratuitos para la población. En estos 700 pacientes el Fondo Nacional de Recursos gastó USD 4:000.000. Si comparamos esa cifra de USD 4:000.000 para 700 pacientes con los USD 10:000.000 que podríamos gastar en un medicamento para prolongar la sobrevida un año o un año y medio de cincuenta pacientes, hay que pensar qué hacemos. No son respuestas fáciles, porque no se trata de decir «esto sí, esto no», sino que hay una evaluación detrás.

Cuando nos sentamos a conversar con el laboratorio, que ofreció un esquema de riesgo compartido –de hecho, en este medicamento lo ofreció– y, aun así, el costo era ese, quienes estábamos negociando con ellos, les dijimos: «Pero, ¿ustedes se dan cuenta de que esto es increíble? No podemos creer que ustedes nos digan: “Esta es la cifra. Esto es lo que hay”». Y el laboratorio nos dijo: «Y sí; menos no podemos ofrecer. Es eso». Los saludamos y se fueron. Es decir, acá no hay temas ocultos ni que uno diga puede ser así o no; son números, negociaciones, esquemas de riesgo compartido y, sobre todo, técnicas de medicina que se utilizan, basadas en evidencia científica.

Vuelvo a reiterar que fuimos felicitados por los Organismos Internacionales, por la Red de Evaluación de Tecnologías Latinoamericana y Mundiales –a las cuales el Ministerio de Salud Pública está integrado y de las que forma parte– porque somos uno de los países, junto con otros de Europa y con Canadá, que está incluyendo estas metodologías, para priorizar la medicación y las técnicas, en una ley de Presupuesto nacional.

SEÑOR MINISTRO.- Quisiera que siguiera comentando el artículo la profesora Lucía Delgado, Grado 5 de Oncología, que además es nuestra Representante en el Fondo Nacional de Recursos junto con quien habla.

SEÑORA DELGADO.- Muchas gracias por darnos esta oportunidad.

Trataré de ser breve, pero quiero trasmitir algunas cosas que vivo, en primer lugar, como oncóloga médica, más allá de los cargos y de lo que hemos vivido en los últimos años desde que aparecen medicamentos cada vez de más alto costo, que primero no pueden financiar las instituciones públicas ni privadas y que luego se incorporan al Fondo Nacional de Recursos.

Desde la Cátedra de Oncología, primero como profesora adjunta y luego como agregada, participé en todo ese proceso. También he participado en los últimos años –algunos de los abogados o jueces que puedan estar acá lo sabrán– en las reuniones que se han hecho con el Poder Judicial por este tema porque es extremadamente sensible para todos y ni que hablar para alguien que está enfermo o que ejerce la oncología.

Cuando nos enfrentamos a un paciente, queremos lo mejor para él. Sin duda quiero tener el medicamento, quiero que se lo den. Esa es la situación. Ha sido difícil para nosotros, los médicos, entender que una actitud de frente a nuestros pacientes debe ser siempre informarlo y recomendarle lo mejor. No sabemos si lo puede pagar o no –más allá de que no lo cubra el sistema–, si tiene un amigo, un familiar; tenemos que informarlo y ofrecerle lo mejor. Pero cuando un gobierno, un Estado, un país, la población, los usuarios –todos presuntamente sanos– nos piden una opinión sobre qué financiar y qué no, en ese proceso la primera respuesta fue: nosotros no podemos decidir eso porque no sabemos qué presupuesto tenemos y, además, no nos corresponde hacerlo. Lo que sí podemos hacer es priorizar, decirles: bueno, miren, de estos medicamentos, primero se adoptan los que curan; cuando se acaba la plata, seguimos con los que no curan pero pueden prolongar significativamente la vida y luego con los que no curan ni la prolongan mucho, pero sí algo. Como se dijo acá –y todos estamos de acuerdo; no hay nadie que no piense así–, para el que está enfermo y ama la vida, un día o una hora puede ser mucho. Nosotros no somos jueces ni quiénes para, si existe el recurso, negárselo.

Esta es otra situación. Hay un presupuesto que se puede aumentar o disminuir, pero existe. Como se dijo, no son infinitos los recursos y ni la vida ni la salud tienen precio, pero sí un costo que cada vez es más alto.

En ese proceso de priorizar, etcétera, el pensamiento médico oncológico ha evolucionado y ha cambiado a tal punto, que ya no solamente en el colectivo nos exigimos priorizar sino también considerar, no solo la eficacia y la seguridad sino, además, la efectividad y esto no sucede solo en Uruguay sino en el mundo.

Ayer, en el Instituto Nacional del Cáncer, tuvimos una reunión con integrantes de la Universidad de Harvard de una prestigiosa publicación, *The Lancet Oncology,* y se habló de todos estos temas y de cómo Estados Unidos gasta muchos más dólares por paciente oncológico que nosotros, lo que se debe a múltiples factores: son más caras la consulta, la resonancia, la tomografía, etcétera y, por ende, se gasta más.

Ahora bien; ¿qué pasa en Estados Unidos, ese país tan rico? Todos los que podemos, vamos todos los años al congreso norteamericano de oncología que organiza la Sociedad Americana de Oncología Clínica, cuya sigla es ASCO. Este año nos encontramos con una situación que fue, realmente, muy impactante: el *board* de Directores de ASCO les pidió a todos los expositores que incluyeran consideraciones sobre costo–efectividad.

Es más; estamos hablando del congreso más grande del mundo y al que concurren casi 40.000 oncólogos. Vale decir que el congreso mundial de la materia no llega ni a la tercera parte de esos participantes, por lo que es como si este fuera mundial, aunque sea norteamericano.

En la sesión plenaria están todos y se presentaron cuatro trabajos. Se solicitó que se incluyera en cada uno el análisis y una de las presentaciones plenarias fue exclusivamente sobre este tema. La hizo el profesor Leonard Saltz, del *Memorial Sloan Kettering Cancer Center,* de Nueva York. Fue la última presentación, la que cerró el congreso, y en ella se planteó este tema. Me refiero a que el oncólogo médico dedicado a tumores digestivos e integrante de ASCO, igual que todos los otros, tenía que ver este tema de una manera diferente porque no se puede pagar, en Estados Unidos, los costos que hoy tiene la salud y, en particular, la oncología.

Esta presentación está libre en Internet, como la de todos, y se puede ver entrando a la página de ASCO. Es muy ilustrativa porque da cifras.

Entonces, este hombre, Leonard Saltz, mostró dos cosas. La primera fue que, como ya saben los señores Senadores, la industria farmacéutica que crece más en ventas, por lejos –se estima que del año 2013 al 2020 va a aumentar más del 40 % sus ventas y ya las ha aumentado– es el área oncológica. El precio promedio de los medicamentos oncológicos, desde el trastuzumab –que fue el primero que incorporó, para tumores sólidos y cáncer de mama, el Fondo Nacional de Recursos– hasta el día de hoy, aumentó. Quiere decir que desde los años 90 hasta este año, el costo promedio mensual de un tratamiento pasó de ser algo más de USD 2.000 a ser de USD 10:000.

Además, como los medicamentos son mejores –por suerte–, entonces, la duración de la respuesta también es mayor, por lo que no solo el precio del tratamiento mensual se multiplicó varias veces sino que también los pacientes lo reciben durante más meses.

Todo eso ha hecho que los costos, en particular, en cáncer –en Estados Unidos hay varias publicaciones en la materia– hayan aumentado porque Medicare no cubre todo. ¿Saben lo señores Senadores cuál es la principal causa de quiebre personal hoy, de acuerdo a estas publicaciones de origen norteamericano, en Estados Unidos? El diagnóstico de cáncer porque Medicare paga hasta donde puede y luego lo hace el bolsillo de la gente.

Aclaro que todo esto está publicado en revistas científicas, no son publicaciones de otro tipo.

Frente a este problema que, como decía muy bien el señor Ministro, es planetario y que ocurre y atrae la atención del país más rico del mundo al punto de incluirlo en su sesión plenaria y poner como exigencia a los oncólogos –no a los economistas ni a los políticos– que por favor consideren este tema.

Leonard Saltz fue a los números; se había presentado un trabajo que mostraba, en cuanto al melanoma, resultados algo mejores que los que hoy tenemos, pero el costo del tratamiento en Estados Unidos es carísimo, de USD 295.000. Entonces, Leonard Saltz dice que en Estados Unidos se mueren por cáncer casi 590.000 personas por año y que si el sistema pudiera cubrir tratamientos de este porte –que no son curativos sino que prolongan en unos meses la vida, pero más que los anteriores–, si quisiera ofrecerlo, tendría que pagar por año la suma de USD 173.900:000.000 por drogas para atender a pacientes con enfermedades metastásicas. Nosotros lo hicimos de dos maneras distintas. Por un lado, extrapolamos este análisis a nuestra realidad; es decir, si nosotros dijéramos que vamos a estudiar cómo podemos incluir todo eso a estos costos, como en Uruguay lamentablemente fallecen anualmente un promedio de 7.500 pacientes, si lo multiplicamos por el costo que en Estados Unidos tiene ese tratamiento, por ejemplo, para el melanoma, que tampoco cura pero es el mejor –todos cuestan aproximadamente USD 10.000 mensuales–, nosotros podríamos ofrecerlo a nuestros 7.500 pacientes –que si fallecen estaban diseminados– a USD 2.200:000.000 por año. Si en lugar de ofrecer el tratamiento que se presentó en Estados Unidos –de Nivolumab más Ipilimumab, un anticuerpo monoclonal con un anti – PD1, que como no están registrados en el país no los podemos tener– quisiéramos contar con un medicamento de menor eficacia que tiene como consecuencia que al paciente le dura menos la respuesta, el tratamiento es más corto y sale menos, como es el caso del

Vemurafenib –tan nombrado y conocido por todos– tendríamos que gastar más de USD 400:000.000 por año, y tengo entendido que en cualquiera de las dos opciones –la de más de 400 o la de más de 2.200– supera el incremento presupuestal para los próximos dos años.

No se asombren si ven a mis pacientes presentando un recurso de amparo –de hecho, los han visto–, porque yo en mi consulta –no para mi hijo, para mi madre o para mí– les ofrezco a todos los uruguayos lo mejor que pueden tener: ¡y lo quiero, y soy capaz de pelear por ello! Ahora, si ustedes me preguntan cuánto cuesta, si se lo podemos pagar a todos o solamente para aquellos por los que pelea la doctora Delgado, la respuesta es que cuesta eso.

Para un médico es muy difícil hablar de plata. Ustedes saben que a veces nos cuesta mucho, pero este es un tema sobre el que nos ha convocado el mundo. No me convocó el Ministro Basso, me convocó el Presidente de la Sociedad Americana de Oncología *Peter Schults*. Realmente fue *shockeante* que en la primera semana de junio de 2015, en el congreso de oncología más grande del mundo, este fuera el tema central en todas las sesiones y en la sesión plenaria, mostrando estas cifras y diciendo: esto es insostenible; concretamente, *unsustainable* fue la palabra que usó. Todo esto lo pueden ver porque está en internet. Este tema recorre el mundo.

Los ingleses no sacan los medicamentos porque no los quieran tener: los sacan para ver si les pueden bajar el precio porque no los pueden tener. Los oncólogos y todos los uruguayos los queremos tener, pero no podemos. Además, somos un país pequeño y con menos capacidad de negociación de precios, y el tema fundamental está en el precio. En esa conferencia el profesor *Leonard Saltz,* en sesión plenaria, analizó las causas de por qué los costos eran tan altos que hacían insostenible que los norteamericanos, aun pagando de su bolsillo pudieran tenerlo, y analizó posibles vías –ya como médico– de resolución del problema, que seguramente en ese campo otras personas con otra formación podrán hacer mucho mejor. Las cifras superan cualquiera de los esquemas. Ustedes piensen que si les damos el Vemurafenib que tiene una respuesta de 4 a 5 meses, después viene el que sigue –que todavía no se registró pero que se va a registrar– que cuesta el doble.

Lo último que quiero decirles hablando de costo de efectividad y de su justificación –hice este análisis inspirada en una presentación realizada el año anterior en el congreso americano y en el Congreso Europeo por el profesor de oncología, Iann Tannock, un inglés que trabajó en Estados Unidos y ahora en Canadá–, es que queremos los mejores tratamientos pero que estos precios, que son la causa de por qué no los tenemos, no están justificados. No es cierto que sean necesarios para pagar el desarrollo, porque hay estudios que muestran que eso se recupera en los primeros dos años. Además, y con esto termino, el profesor Iann Tannock hacía la pregunta de si estos costos se relacionan con un mejor beneficio. En el ejemplo del Nivolumab para el melanoma, tan mentado en los últimos tiempos, y que tiene efectos similares a otras drogas que están registradas en Uruguay, podemos decir lo siguiente. Con respecto a la quimioterapia estándar, ¿saben cuánto es el beneficio en sobrevida, esto es, si la duplica, la triplica o la cuadriplica? En este caso, la duplica. La sobrevida a un año es el doble que con la quimioterapia. Obviamente, yo lo quiero tener para mis pacientes. Ahora, ¿cuánto es el costo? Cien veces mayor. Por su parte, con las drogas que están por registrarse, que se presentaron este año en ASCO ¿saben qué efecto tiene de sobrevida? 2.3 veces, no llega a triplicarla. Es un poco mejor que con el Vemurafenib, pero ¿saben cuánto mayor es el costo? En el otro caso, duplica la sobrevida y centuplica el costo; en éste, duplica y un poquito más y el costo de este medicamento –que está por registrarse y lo vamos a tener acá– es 438 veces mayor.

Estas son las cosas que les quería trasmitir modestamente, como médica y oncóloga. A mi modo de ver el problema aquí son los costos y como no tengo formación ni condiciones para decir cómo se pueden reducir, otro camino no hay.

SEÑORA PRESIDENTA.- Antes de continuar, solicito al señor Senador De León que me supla unos instantes en el ejercicio de la presidencia.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–7 en 8. **Afirmativa.**

(Ocupa la presidencia el señor Senador De León).

SEÑOR GARCÍA.- Fue muy ilustrativa y clara la exposición de la profesora, pero creo que la conclusión no debería ser esa. Sé que la profesora quisiera que no fuera así, pero después de escucharla podría pensarse que fundamenta los artículos y que estos están bien cuando no hablan de USD 2.200:000.000 ni de nada. Estoy seguro de que no es eso lo que quiere la doctora. Por otra parte, sería pensar mal de nuestro razonamiento considerar que estamos planteando que se postergue esto para que haya gastos que son superiores a todo el presupuesto de la educación en el país. Entonces, ni la profesora considera que nosotros estamos pensando en eso, ni nosotros consideramos que ella piensa que queremos eso. Si decimos USD 2.200:000.000 suena como una cifra muy grande. No estamos hablando de eso, pero tampoco queremos que la contrapartida sea nada, un gran murallón para el acceso, aún vía judicial, de los pacientes. Insisto, no es eso y la profesora no puede querer eso. Estamos pensando en una cosa muy coincidente que es la de tener mecanismos racionales para que este tipo de aportes tan interesantes como el de la profesora, y otros, puedan discutirse en un ámbito adecuado y no en una ley de Presupuesto que habla de cambiar un artículo, eliminar o crear cargos y suprimir o no oficinas.

Entonces, me parece que la exposición es ilustrativa, pero no quiero creer que el final de ese camino –que habla de un tema complejo– sea el de levantar un murallón. Estoy seguro de que la profesora no quiere levantar un murallón para el acceso a medicamentos porque, como dijo recién, ella misma los indica. Me parece que serviría volcar este tipo de intervenciones en ese otro ámbito que sería muy bueno crear.

Insisto, la contracara de esta intervención no puede ser que no haya nada, sino que hay que estudiar qué es lo que el país prioriza para dar a sus pacientes.

SEÑORA DELGADO.- Obviamente, nunca pensé que los señores Senadores quisieran gastar USD 2.200:000.000. Simplemente, traté de aportar una información que fue producida en otro país, en otro ámbito, y que me pareció muy interesante para conocer el panorama. Si nosotros creemos que la salud no tiene precio, aunque tenga costo, tenemos que tratar de buscar la manera de atenderla. Yo estoy de acuerdo, pero lo que va a terminar sucediendo es eso.

Quiero decir que mi propuesta no es nada, porque para empezar no es nada lo que tenemos. Hoy en este país tenemos una cobertura universal con equidad y sustentable de las patologías oncológicas más frecuentes. Por ejemplo, las pacientes con cáncer de mama potencialmente curables hoy en Uruguay reciben el mismo tratamiento que en el mejor centro del mundo; no hay nada que no podamos proporcionarles. En el cáncer de mama metastásico tenemos varias opciones de medicamentos de alto costo y otras que se están evaluando porque son muy nuevas y tienen una relación efecto-costo del tipo de las que hablábamos. Lo mismo pasa en cáncer de colon y en las patologías más frecuentes: nosotros cubrimos todo lo que cura y muchos tratamientos que no curan, que son paliativos, en todo el país.

Reconozco que el recurso de amparo es un derecho constitucional –a veces el único–, pero, como médico, me parece que no es una solución apropiada cuando hablamos de equidad, de sustentabilidad, de universalidad. Hay que buscar rápidamente otros caminos, y para ello hay que saber cuál es la realidad a la que nos vamos a enfrentar, que es progresiva. Quisiera que ustedes vieran en las estimaciones realizadas en Europa y en Estados Unidos el aumento que ha tenido el costo en salud, sobre todo en patologías no curables y en oncología, que es el más dramático.

SEÑOR DELGADO.- En base a lo que acaba de decir la doctora –a quien seguimos con atención–, podemos coincidir en que el amparo es un mecanismo legal válido y que, obviamente, no es el mejor, ya que implica el acceso a un abogado y estar a lo que determine un fallo judicial y la apelación correspondiente. Aun así, después de ese proceso, se pueden dar situaciones diferentes, ya que ha habido, contra fallos favorables a la posición del Ministerio, excepciones.

Lo que estamos proponiendo es crear una regulación que pueda dar garantías a todas las partes. Queremos que no exista la desigualdad que genera el acceso a los servicios jurídicos, por lo que entendemos que es necesario buscar un mecanismo que sea equitativo. Por lo menos en el reclamo y en el procedimiento para el otorgamiento no debe haber discrecionalidad; debe haber garantías y transparencia. Eso es lo que queremos y, por eso, nuestra propuesta original fue crear una Comisión para regular el tema y para trabajar entre todos los partidos. El señor Ministro hablaba de políticas de Estado y para mí eso es clave en este tema tan sensible. Obviamente, el amparo no es igualitario –no por el mecanismo en sí, sino por su acceso–, pero la discrecionalidad del Ministerio tampoco lo es.

SEÑOR MINISTRO.- Voy a sugerir, por razones prácticas, seguir con los otros artículos que están vinculados al tema de los medicamentos, básicamente porque están relacionados con lo recientemente planteado por el señor Senador.

El artículo 454 hace referencia a aquellos medicamentos que se encuentran en etapa de experimentación. En algunos casos esto se debe a que aún no han cumplido el proceso de la evidencia científica, que exige estudios multicéntricos, randomizados, con poblaciones a nivel mundial. Y en otros, son medicamentos que si bien están habilitados para determinada patología, están en fase de experimentación para uso en otras patologías. En ambas situaciones, lo que exige esta norma es que los medicamentos que se encuentren en etapa de experimentación estén vinculados a protocolos de investigación correspondientes, con las comisiones de ética en la investigación funcionando, es decir, que cumplan rigurosamente lo que está establecido a nivel internacional, que son los criterios vinculados a la experimentación de los medicamentos. Digo esto porque, en esta sensibilidad que tienen estos temas, una parte de los amparos vienen vinculados justamente a medicamentos que están en fase de experimentación. Y lo que sostenemos es que los medicamentos que están en fase de experimentación, sobre los que no hay evidencia y no se sabe todavía su eficacia ni su seguridad, no pueden estar comprendidos en las prestaciones que financia el Estado. Pero, justamente, una de las debilidades que tenemos es que muchos recursos están vinculados a esto, incluso algunos que han tomado estado público. En algunos casos ni siquiera el laboratorio estaba en conocimiento de los estudios de investigación que se estaban haciendo en nuestro país. Es decir que, en este escenario, con este artículo lo que queremos dejar muy claro es que el país financie medicamentos cuya eficacia esté comprobada, que sean seguros –por esa máxima que recién comentaba el señor Senador Carámbula, «Primero no dañar»– y que cumplan con los requisitos establecidos en el país y con el beneplácito de las comisiones de investigación para garantizar, justamente, que esa investigación se haga de acuerdo con los protocolos.

En el caso de los medicamentos que están en etapa de investigación, por otra parte, es natural que la financiación esté a cargo de la industria y no del Estado. Me parece que esa es una regla obvia y es una de las razones que se esgrimen: que el costo elevado de la investigación repercute en el costo de los medicamentos. Pero nos encontramos con que muchas veces tenemos que financiar medicamentos sobre cuya eficacia no existe evidencia y que no dan garantías de seguridad.

El artículo 455 establece con precisión cuáles son los criterios de inclusión, justamente a los efectos de hacer más transparente aún el proceso de incorporación de medicamentos. No es ninguna innovación, porque hay un Decreto, el Nº 4/010, que dice exactamente lo mismo. Es decir que estamos transformando un decreto en un artículo de una ley para darle más fuerza al procedimiento que se lleva adelante en el país y en el fondo para la incorporación de medicamentos. De manera que lo que estamos consolidando es un criterio de incorporación de medicamentos al financiamiento del fondo que ya se está ejerciendo por vía del decreto. Este marco legal lo consolida como política del país.

Estos son los tres artículos que hacen referencia, justamente, al tema de los medicamentos y que, reitero, de alguna manera consolidan un criterio que está en consonancia con las recomendaciones internacionales, para que no existan niveles de discrecionalidad, sino que haya un proceso claro, transparente, de incorporación de los medicamentos al financiamiento. Naturalmente que con esto no se limitan –queda claro– las acciones de amparo, pero determina claramente cuál es el criterio que tiene el Estado para financiar los medicamentos. Este es un aspecto que ya está funcionando por vía de un decreto y que nosotros, justamente, queremos consolidarlo en el marco legal. La idea es que esté en blanco y negro cuáles son los procesos que se siguen en el país para incorporar medicamentos. Eso me parece que hace transparente los procesos de incorporación al

financiamiento del medicamento, que encuentra en el Fondo Nacional de Recursos la suficiente experticia y profesionalidad para que, con sus equipos técnicos, pueda seguirlos y, de alguna manera, le den garantía a la sostenibilidad de dicho fondo en el manejo presupuestal.

SEÑOR GARCÍA.- Obviamente que, desde el punto de vista formal, no se puede limitar el derecho de una persona a ir a un Juzgado. Eso está claro. Por más que el Ministro lo quisiera y todos los que estamos aquí en esta sala, nadie puede impedir que un ciudadano se presente a un juzgado. Lo que está claro es que están hechos para blindar al Estado y evitar que cualquier recurso de amparo le dé la razón a ciudadano; están hechos específicamente para que nunca pueda prosperar. O sea que tiene razón, pero marche preso.

SEÑOR MINISTRO.- Creo que el tema, de buena forma, como ha estado planteado hasta el momento, da cuenta de la importancia que en materia de políticas sanitarias, y en especial de acceso al medicamento, así como los criterios de incorporación al financiamiento por parte del Fondo Nacional de Recursos, estén claros, diáfanos; que los procesos se sigan de acuerdo con criterios establecidos, con la mínima discrecionalidad, siguiendo precisamente las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de las distintas agencias de evaluación de tecnología a las cuales hacía referencia la doctora Alicia Ferreira. Es por eso que me permito entender que es una responsabilidad del Estado y del Ministerio de Salud Pública, a la hora de seguir avanzando en consolidar el derecho a la salud y el acceso sustentable de medicamentos de alto costo para la población, dejar claramente establecido con qué criterio se maneja, con qué criterio se genera la incorporación de medicamentos, porque esa es la garantía para poder seguir contando con un Fondo Nacional de Recursos que atienda las necesidades de la población en este tipo de medicamentos.

Como ustedes vieron, este es un tema de debate internacional de enorme complejidad, por eso pretendemos que los mecanismos de negociación de precios –estamos haciendo gestiones en la Unasur y en estos días participamos en una instancia para empezar un proceso de compras conjuntas de medicamentos de alto costo a través de dicho organismo– den sus frutos. No hay ningún país del mundo –repitiendo la frase de la doctora Ferreira– que haya incorporado todos los medicamentos que tengan evidencia por detrás sin considerar la sostenibilidad y el costo-beneficio que aportan los mismos. No hay ningún país del mundo que lo haya hecho. Nosotros tenemos que ser muy criteriosos, y es por eso que insistimos en la importancia de que quede en este articulado en forma diáfana y transparente cuáles son los procesos que tiene el Fondo Nacional de Recursos para incorporar los medicamentos. Ese es el objetivo que persigue este artículo.

Los artículos vinculados con los temas de reestructura del Ministerio de Salud Pública tienen que ver, entre ellos, con el artículo 442, que suprime la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud, reasignando los créditos y competencias a la unidad ejecutora Junta Nacional de Salud, que estará en la órbita de la Junta Nacional de Salud con un Director general.

Como ustedes saben, Junta Nacional de Salud es un Organismo Desconcentrado en la órbita del Ministerio de Salud Pública, que tiene participación no solamente del Poder Ejecutivo a través de representantes del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Economía y Finanzas y del Banco de Previsión Social, sino que también tiene integrantes sociales, representantes de los usuarios, Representantes de los trabajadores y Representantes de los prestadores. Este Organismo, de alguna forma, es el que administra el seguro de salud y, por lo tanto, nosotros le estamos transfiriendo las competencias que tenía hasta el momento la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud en la medida que entendimos que se podían unificar en la propia Junta Nacional de Salud.

El artículo 443 establece las funciones de la Dirección General de la Junta Nacional de Salud en la medida en que se le asignan competencias vinculadas a la administración del seguro.

El artículo 444 crea la Dirección General de Coordinación. Esta es una nueva Dirección que tiene una serie de objetivos que ya explicité rápidamente al comienzo; el principal es avanzar en la construcción de la estrategia de la integración del sistema. Eso tiene que ver con lograr una gestión coordinada de los distintos prestadores que de alguna forma están en un escenario de competencia –particularmente, en el caso de los prestadores privados–, transformándolo en un diseño que apunte a

evitarla y, por lo tanto, la subutilización o la no complementación de los recursos existentes con los gastos que eso conlleva, porque queremos hacer un gran esfuerzo para administrarlos mejor.

También tiene competencias vinculadas a la coordinación de los distintos Organismos que tienen que ver con el Ministerio de Salud a nivel nacional, regional, departamental y local, en el enorme desafío que tiene de construir más y mejor Sistema Nacional Integrado de Salud. No me refiero solo a la articulación de los actuales recursos del sector privado, sino incorporando también en esta dinámica los recursos del sector público que no son pocos y que no están exclusivamente vinculados a ASSE. Tenemos ese enorme desafío dentro de los prestadores públicos. En algunos casos es muy importante que les encontremos su mejor sinergia con el funcionamiento del sistema de salud.

SEÑOR AMORÍN.- ¿Me permite una interrupción, señor Ministro?

SEÑOR MINISTRO.- Con mucho gusto.

SEÑOR AMORÍN.- En el caso de que esta función se cumpliera antes, me gustaría saber quién la hacía y el porqué del cambio.

SEÑOR MINISTRO.- La pregunta es muy oportuna e inteligente. En realidad, nosotros entendemos que buena parte de los desafíos de construir capacidades vinculadas a la complementación y a la articulación de los efectores, estaba casi exclusivamente vinculada a las posibilidades que se estaban generando desde la administración del seguro, a través de los convenios ganar-ganar. Entendemos que sin perjuicio de lo significativo que han sido esos convenios de complementación, esta reforma –que no solo tiene el título de Sistema Nacional Integrado sino que debe dar claras señales de que avanza hacia la integración del sistema– tiene que tener una política de todo el Ministerio en el cual se involucre la propia Dirección General de Salud, la propia Junta Nacional de Salud –que es la alcancía del seguro– para lograr que los prestadores vayan identificando mecanismos de complementación y de coordinación más estables. Incluso, apostamos a consolidar las lógicas para algunas patologías de prevalencia baja o a buscar modalidades en centros de referencia nacional; es decir que vamos a buscar alternativas que vayan consolidando el proceso de integración en el que estamos y no simplemente de convenios circunstanciales o la firma circunstancial de acuerdos entre los que están al frente de instituciones que convergen en una coyuntura y que les sirve en determinado momento tener acuerdos de ese tipo. La reforma, de alguna manera, tiene como gran objetivo que el seguro financie el sistema y no al *statu quo*. La lógica es utilizar adecuadamente los recursos del sector salud, buscando las mejores formas de articularlos. Tenemos muchísimo trabajo para hacer en el territorio para lograr estructuras convergentes y no simplemente disputas vinculadas a intereses comerciales de competencia dura y pura. Es un desafío político de primer nivel y entendemos que debe tener una expresión en la organización. Es decir, debe ser responsable, sin perjuicio de que todo el Ministerio tendrá que apoyar los proyectos de complementación y buscar sinergias entre los prestadores, pero debe haber una referencia que hoy en realidad está exclusivamente vinculada a la administración del seguro. No sé si pude dar respuesta a su interrogante.

SEÑOR AMORÍN.- Hasta ahora la regulaba el mercado.

SEÑOR MINISTRO.- El sector de salud es uno de los más regulados por el Estado, sin perjuicio de lo cual los prestadores privados nos exigen más regulación. Ese es un desafío interesante en el debate del Sistema de Salud. En realidad, hasta dónde va la regulación del Estado. Podemos tener diferentes visiones filosóficas pero, en la práctica, son los propios prestadores que a los efectos de poder administrar las tensiones entre la oferta y la demanda –porque en el sector salud siempre decimos que es un mercado imperfecto, porque en la medida en que aumenta la oferta, lo único seguro es que aumenta la demanda– son los propios administradores privados los que nos exigen más regulación. Exigen ya no la macro ni la mesorregulación, sino la microrregulación. En consecuencia, nos debemos manejar con criterio para no inhibir la iniciativa privada de apostar al desempeño. En un sector de tanta complejidad, muchas veces la fuerte demanda que tenemos en la Junta Nacional de Salud –y aquí está presente su Presidente– hace que el debate apunte a exigir al Ministerio que siga avanzando en el marco regulatorio, pero eso tiene que ser realizado con mucho criterio, porque no queremos que haya una hiperregulación que elimine la iniciativa privada y no queremos dejar un escenario de

realidades mercantiles que no logran el manejo eficaz de los recursos. Esa es una tensión bien compleja de administrar, pero asumimos que es indelegable.

El artículo 445 incorpora la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud –RIEPS– que estaba en la órbita de la Administración de Servicios de Salud del Estado a la Dirección General de Coordinación. Básicamente lo que se persigue con esto es que la autoridad sanitaria, es decir, el Ministerio de Salud Pública tenga la posibilidad de apoyar también el proceso de integración de los distintos efectores públicos. Recordemos que hay un solo efector público integral que es ASSE, pero hay una enorme cantidad de otros efectores públicos no integrales que están dentro de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud y lo que se busca es incorporarlos al proceso de integración del sistema. Se intenta avanzar dentro del subsector público en una lógica de integración pública – pública y pública– privada. Es un desafío enorme porque, justamente, uno de los temas sustantivos en cualquier reforma es cómo avanzar con los prestadores públicos, cómo avanzar en la complementación de los efectores públicos para la utilización adecuada de los mismos. Esto tiene que ver con el objetivo de esta Dirección General de Coordinación que estamos creando en este articulado.

En el artículo 446 se suprimen algunos cargos de confianza. Estamos hablando del Director en Programación Estratégica en Salud y del Coordinador General de Descentralización, que fueron creados oportunamente. En su lugar, se crea el cargo de particular confianza del Director General de Coordinación, al cual hacíamos referencia.

El artículo 447 transfiere a ASSE lo que se ha dado en llamar las clínicas preventivas de la Dirección General Salud-División Salud Ambiental y Ocupacional, conocido habitualmente como el carné de salud. Actualmente, el carné de salud que emite ASSE está vinculado a la estructura del Ministerio. Como prestador, parece más que razonable que ASSE sea el que tenga que administrar las clínicas preventivas. Por lo tanto, se transfieren las competencias y todos los recursos humanos y materiales que tiene el Ministerio a ASSE, para que gestione el carné de salud.

Le cedo la palabra al economista Echeverría para que haga referencia al artículo 448.

SEÑOR ECHEVERRÍA.- Este artículo está en el marco de un largo trabajo que se viene haciendo desde distintas instituciones del Estado, que tienen que ver con la prevención del desvío de sustancias precursoras de droga. Esto ha llevado a que en nuestro país –que ha participado de la Prelac, Prevención del Desvío de Sustancias Precursoras de Drogas en los Países de América Latina y el Caribe, y de Unodc, que es la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito– se haya establecido que es conveniente crear una Unidad que persiga el objetivo de registrar y estudiar las posibilidades que existen en determinadas sustancias peligrosas de ser utilizadas, no con los fines previstos en primera instancia, sino para el tráfico de drogas.

La Ley Nº 19.149, de 20 de octubre de 2013, crea la División Sustancias Controladas en su artículo 266. Este dice: «Créase la Unidad de Sustancias Controladas que funcionará en la órbita del Ministerio de Salud Pública como Organismo encargado del control y fiscalización del uso legal de las sustancias químicas controladas y la prevención del desvío al mercado ilícito». La creación de esta Unidad le asigna al Ministerio de Salud Pública –porque se entiende que es la institución idónea para realizar este trabajo– la implementación de un servicio de registro de empresas usuarias de sustancias controladas, la generación de inspecciones y análisis de procesos operativos, la asignación de cupos de uso de sustancias controladas en función de requerimientos específicos y también la expedición del certificado de importación y exportación en el marco del sistema internacional de fiscalización que las mencionadas convenciones establecen para las operaciones de comercio internacional de psicofármacos y estupefacientes y demás sustancias controladas.

Es en el marco de estas nuevas competencias que se le solicita al Ministerio de Salud Pública –como organismo idóneo para llevar adelante estos controles– que autorice a percibir ingresos por concepto de tasas de control de las empresas usuarias de sustancias controladas. De acuerdo con nuevas investigaciones que hemos hecho, entendemos que debemos profundizar el análisis sobre a qué montos deben llegar esas tasas de control. Por lo tanto, en los próximos días propondremos incorporar, de acuerdo con las conversaciones que mantengamos dentro del Poder Ejecutivo, un

aditamento a lo que está escrito para poder acercarnos a lo que sería la conformación de una tasa para los controles que están previstos en esa ley.

SEÑOR MINISTRO.- Los artículos 449 y 450 están vinculados al Instituto Nacional de Donación y Transplante de Células, Tejidos y Órganos, INDT.

Por el artículo 449 se habilita a que profesionales médicos que tengan otros cargos públicos puedan desempeñarse en el sistema de guardias con un límite de sesenta horas de labor, a efectos de cubrir carencias de dotaciones en determinadas ocasiones.

Este Instituto que tiene un papel muy importante en el país, vinculado justamente a la promoción de la donación y transplante, en realidad, desde el punto de vista de su dotación en determinadas circunstancias –reitero que trabaja con un sistema de guardias– y por las características de los profesionales actuantes, ha tenido algunas dificultades en cubrir las guardias. Por lo tanto, a través de este artículo, se solicita la habilitación para que, con un límite de sesenta horas de labor, se pueda cubrir las carencias circunstanciales que puedan tener en determinadas ocasiones para contar con los médicos y profesionales que realizan dicha actividad en todo el país.

Por el artículo 450, se tiende a un proceso de progresiva descentralización de las acciones del INDT a efectos de que, de acuerdo con los niveles de complejidad que puedan generarse y como forma de evitar que en todas las ocasiones se deba trasladar personal desde Montevideo a cada una de las localidades, existan profesionales en los centros hospitalarios de los distintos departamentos y efectores de salud que, en tiempo y forma puedan hacer la extracción de órganos y tejidos cadavéricos. De esta forma se lograría una mayor cantidad de órganos y tejidos que podrían trasladarse en tiempo y en condiciones, sin necesidad de que en cada ocasión tengan que salir en forma acelerada recursos humanos desde Montevideo. Por lo tanto, la idea es apuntar a un proceso progresivo de descentralización de extracción de órganos, células y tejidos y lograr así una mayor eficiencia en un Instituto que creo es orgullo del país.

El artículo 451tiene que ver con una norma que, en sus mismos términos, fue aprobada en la legislatura anterior, relativa a las comisiones de apoyo para ASSE. Es decir que esta misma redacción, vinculada a ASSE, ya fue aprobada en presupuestos anteriores. Dado que en el componente «comisiones de apoyo» también tiene una parte muy pequeña el Ministerio de Salud Pública, esta norma reitera, en sus mismos términos, que no se pueden incrementar las transferencias a las comisiones de apoyo. De alguna manera, se está estableciendo un límite al proceso de contratación de las comisiones de apoyo también para el Ministerio de Salud Pública. Si bien esto no es significativo numéricamente, queremos estar alineados a que este mecanismo de contratación tenga ese límite.

En el artículo 452 se establece que, a partir de vacantes suprimidas, se genera un fondo con el objetivo de abonar lo que el Ministerio está proponiendo para su propio personal por concepto de compromisos de gestión. En realidad, como Ministerio tenemos la necesidad de fortalecernos y de superar algunas debilidades; debemos buscar mecanismos por los cuales la calidad de expertos que se va creando por el funcionamiento de determinados cuadros técnicos pueda mantenerse en nuestra órbita. Venimos de un proceso crítico en el que buena parte de ese personal encuentra oportunidades laborales superiores dentro del sector privado, aunque también en el sector público, y lo perdemos. Por lo tanto, debemos buscar un mecanismo que ordene la pirámide salarial y proteja la construcción de masa crítica en el Ministerio, capaz de sostener la Rectoría y el papel de autoridad sanitaria, pero no de cualquier modo sino, justamente, con partidas variables sujetas al desempeño y con la modalidad de compromiso de gestión. ¿De dónde sacaremos los recursos? Precisamente, de vacantes que estamos eliminando, ya que necesitamos un Ministerio delgado, pero ágil. No queremos un Ministerio hipertrofiado sino potente, con cuadros técnicos capaces de sostener la rectoría y, por lo tanto, este es el objetivo de incorporar los compromisos de gestión en este artículo.

A los efectos de referirse al artículo 453, si la señora Presidenta lo permite, quisiera ceder el uso de la palabra al economista Echevarría.

SEÑOR ECHEVARRÍA.- En este artículo buscamos reasignar recursos con los que ya cuenta el Ministerio, bajando las partidas que tenían algunos programas y Unidades Ejecutoras en el actual Presupuesto, para dar de alta a otras por los mismos montos totales, a excepción del objeto de gasto 559.000, del programa 441, en la Unidad Ejecutora 001, donde dice que se crea una partida de $ 9:000.000. De ese total vamos a utilizar $ 8:223.863 para una transferencia a ASSE, con el fin de cubrir el sistema SAME 105, es decir, la unidad de médicos que permite hacer un estudio de los llamados del 911 a fin de brindar la mejor asignación de recursos de traslado o asistencia.

Si la señora Presidenta me lo permite, voy a leer este artículo que agregaríamos. Allí se dice: «Asígnase al Inciso 29, Administración de los Servicios de Salud del Estado, las competencias y atribuciones a que refiere el artículo 265 de la Ley Nº 19.149, del 24 de octubre de 2013, así como la suma de $ 8:223.863 anuales de la Unidad Ejecutora 001, programa 441, objeto del gasto 559.000, "Transferencias corrientes a otras instituciones sin fines de lucro", del Inciso 12 del Ministerio de Salud Pública».

SEÑORA PRESIDENTA.- Para que quede claro en la versión taquigráfica, ¿se va a agregar un aditivo al artículo que ya está o lo van a modificar?

SEÑOR MINISTRO.- Es un aditivo, señora Presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Entonces, le solicito que esa modificación la haga llegar a la Mesa por escrito.

SEÑOR MINISTRO.- Se trata de un aditivo que le haremos llegar por escrito, señora Presidenta.

Voy a continuar con el artículo 456 que está vinculado a una estrategia del Fondo Nacional de Recursos, para bajar los costos de los antirretrovirales. En esta materia, de alguna manera estamos en una situación en la que –sobre todo para aquellos medicamentos denominados de tercera generación– se va al rescate de pacientes con sida que, por distintas razones –la evolución de la enfermedad se modificó, hubo abandono o discontinuidad del tratamiento, etcétera– requieren antirretrovirales distintos, más potentes y más costosos. Hoy por hoy estos medicamentos están financiados exclusivamente para ASSE, a través de un fondo que se llama Proyecto Fondo Mundial contra el SIDA que, entre otras cosas, tiene aportes de los pagos de seguros, es decir que una parte de ellos va para ese fondo. Con este artículo lo que se pretende es que ese fondo pueda, a través del Fondo Nacional de Recursos, proveer de antirretrovirales de tercera generación a todo el sistema de salud y no solo a ASSE. Es decir que tiene una lógica, diría, de mejorar, en este caso, las prestaciones de los antirretrovirales para todo el sistema de salud.

El artículo 457, efectiviza la firma de convenios de gestión por parte del Fondo Nacional de Recursos con los IMAE. Quiero decir que hay un marco legal existente, pero nunca se concretó. Entonces, con este artículo pretendemos habilitar a que el Fondo Nacional de Recursos firme convenios de gestión con los IMAE y los prestadores integrales de salud que son –como decíamos hoy en la introducción–, en definitiva, los responsables de la atención integral de los pacientes. En realidad, en el actual funcionamiento de la reforma de la salud existen convenios de gestión entre el Fonasa y los prestadores integrales, pero el marco legal habilitante posibilita también al Fondo Nacional de Recursos a tener convenios de gestión también con los prestadores integrales. Esto es muy importante porque muchos de los pacientes que son circunstancialmente atendidos durante un tiempo determinado, generalmente breve, con procedimientos y con intervenciones quirúrgicas en el Fondo Nacional de Recursos, después vuelven al prestador integral. La lógica es que el seguimiento de ese paciente –que fue sometido a determinados procedimientos, por los que el Fondo Nacional de Recursos hizo pagos extraordinarios para mantener su salud–, sea dado por el prestador integral que debe velar por la continuidad de la atención, a los efectos de que se logren los mejores resultados posibles. Voy a citar un caso bien concreto. Si una persona con muchos factores de riesgo, entre ellos, ser un gran fumador, hace un infarto de miocardio y se le realiza una angioplastia, que financia el Fondo Nacional de Recursos, vuelve después al prestador integral, el que debe asegurarse de que ese paciente se vincule a programas de cesación del tabaquismo y se preocupe para que, de alguna manera, la continuidad y la mejora de la atención no se pierda y no se descontinúe. La idea es que, justamente, cada cual haga lo que tenga que hacer, que cada cual asuma las responsabilidades de la

atención integral a su paciente y es el prestador integral el que, a través de estos convenios con el fondo, lo puede lograr.

El artículo 458 va en la lógica de que se habilite a que el Fondo Nacional de Recursos realice auditorías de las historias clínicas del paciente. La calidad de atención –tenemos algunos colegas que conocen muchísimo del tema– da cuenta del monitoreo de las historias clínicas como forma de evaluar la calidad de la atención. Por lo tanto, con este artículo estamos facultando al Fondo Nacional de Recursos a que evalúe calidad de atención, a través de los IMAE y los convenios de gestión con los propios prestadores integrales. Es decir que potenciamos el concepto de calidad de atención a través de la herramienta de la auditoría clínica.

El 459 incorpora la historia clínica electrónica aunque, en realidad, está instalada hace bastante tiempo, pero no hay un marco legal. Por lo tanto, lo que pretendemos con este articulado es que, de alguna forma, a través de la reglamentación correspondiente ir a este proceso de tener la Historia Clínica Electrónica Nacional. Hoy por hoy estos medicamentos están financiados exclusivamente para ASSE, a través de un fondo que se llama Proyecto Fondo Mundial contra el SIDA que, entre otras cosas, tiene aportes de los pagos de seguros, es decir que una parte de ellos va para ese fondo. Con este artículo lo que se pretende es que ese fondo pueda, a través del Fondo Nacional de Recursos, proveer de antirretrovirales de tercera generación a todo el sistema de salud y no solo a ASSE. Es decir que tiene una lógica, de mejorar, en este caso, las prestaciones de los antirretrovirales para todo el sistema de salud.

El artículo 457, efectiviza la firma de convenios de gestión por parte del Fondo Nacional de Recursos con los IMAE. Quiero decir que hay un marco legal existente, pero nunca se concretó. Entonces, con este artículo pretendemos habilitar a que el Fondo Nacional de Recursos firme convenios de gestión con los IMAE y los prestadores integrales de salud que son –como decíamos hoy en la introducción–, en definitiva, los responsables de la atención integral de los pacientes. En realidad, en el actual funcionamiento de la reforma de la salud existen convenios de gestión entre el Fonasa y los prestadores integrales, pero el marco legal habilitante posibilita al Fondo Nacional de Recursos a tener convenios de gestión también con los prestadores integrales. Esto es muy importante porque muchos de los pacientes que son circunstancialmente atendidos durante un tiempo determinado, generalmente breve, y se los somete a diversos procedimientos, con intervenciones quirúrgicas en el Fondo Nacional de Recursos, después vuelven al prestador integral. La lógica es que el prestador integral haga el seguimiento de ese paciente por el que el Fondo Nacional de Recursos hizo pagos extraordinarios para mantener su salud, a los efectos de que se logren los mejores resultados posibles. Voy a citar un caso bien concreto. Si una persona que tiene muchos factores de riesgo –por ejemplo, es un gran fumador–, hace un infarto de miocardio y se le realiza una angioplastia financiada por el Fondo Nacional de Recursos, vuelve después al prestador integral, el que debe realizar el seguimiento de ese paciente y vincularlo a programas de cesación de tabaquismo. De esta manera no se pierde la continuidad del tratamiento. La idea es que, justamente, cada cual haga lo que tiene que hacer, que cada cual asuma las responsabilidades de la atención integral a su paciente y es el prestador integral el que, a través de estos convenios con el Fondo, lo puede lograr.

El artículo 458 va en la lógica de que se habilite a que el Fondo Nacional de Recursos realice auditorías de las historias clínicas del paciente. La calidad de atención –tenemos algunos colegas que conocen muchísimo del tema– da cuenta del monitoreo de las historias clínicas como forma de evaluarla. Por lo tanto, con este artículo estamos facultando al Fondo Nacional de Recursos a que evalúe la calidad de atención, a través de los IMAE y los convenios de gestión con los propios prestadores integrales. Es decir que potenciamos el concepto de calidad de atención a través de la herramienta de la auditoría clínica.

El artículo 459 incorpora la historia clínica electrónica aunque, en realidad, está instalada hace bastante tiempo, pero no hay un marco legal. Por lo tanto, a través de este artículo se pretende llegar a tener la historia clínica electrónica nacional. Eso nos va a posibilitar, justamente, tener un escenario en el que todos los pacientes estén seguros de que tienen como respaldo de su práctica y de su vinculación con el sistema de salud un documento con todas las garantías que da el programa Salud.uy. Hace pocas horas se hizo un evento muy importante en nuestro país que dio cuenta del esfuerzo que se está haciendo por ir consolidando una herramienta que, con todas las garantías y los acuerdos en materia de las patentes correspondientes, de los *software* y de los mecanismos que a

nivel mundial se manejan para los códigos y la codificación de enfermedades, permita que la historia clínica sea un documento de primer orden de política sanitaria en el relacionamiento y en el control de la calidad de la atención del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Uruguay es uno de los veintisiete países del mundo que está vinculado a una Red Internacional de Salud.uy, que maneja a través de acuerdos y de convenios internacionales y de patentes de los *software* correspondientes que financia Agesic y que nos da las garantías de que esta historia sea compatible en el mundo. Eso también da la posibilidad de que cualquier uruguayo que tenga su historia clínica en el Uruguay y que necesite atención en cualquier país del mundo pueda acceder a ella con todas las garantías de seguridad en el manejo de sus datos personales y de que todo lo que se esté utilizando tiene respaldos adecuados.

El artículo 460 incorpora el tema de la receta médica electrónica. No es ninguna innovación porque existen instituciones que ya la manejan pero no está regulada, no hay un marco legal. Entendemos que este es un tema importante porque el mundo va hacia la historia clínica electrónica, hacia la receta electrónica, a eliminar papeles.

De cualquier manera, y para tranquilidad de los señores Legisladores, como es un tema de enorme sensibilidad y hay muchos actos que justamente tienen que ver con el expendio de medicamentos, de recetas de medicamentos, estamos trabajando ya con el Centro de Farmacias, con algunos actores importantes vinculados a este tema, para generar la transición necesaria y habilitar a que puedan coexistir, durante el tiempo que sea preciso, ambos mecanismos. La tecnología finalmente terminará resolviendo que todo esto esté en una *nube* y que se pueda acceder a ella desde cualquier punto de venta, pero circunstancialmente vamos a transitar un proceso en el que van a coexistir la receta electrónica con la receta de papel para habilitar a que se vayan adaptando todos los actores que tienen que ver con este tema.

SEÑOR GARCÍA.- Me parece correcto y comparto la informatización y la trazabilidad que, en definitiva, significa esto de todo el proceso asistencial.

También me parece bueno lo que planteaba recién el señor Ministro en cuanto a que obviamente no está en la voluntad, pero considerará que igualmente el proceso puede terminar significando un encarecimiento para el usuario, para el actor principal que es el paciente. El proceso indeseadamente, no como efecto buscado pero sí colateral, puede terminar encareciendo la atención porque obliga al usuario a comprar el medicamento en la farmacia de la mutualista. Sabemos que hay miles de medicamentos que cuestan más barato en la farmacia. Además del papel que aquí cumpla cada uno, todos somos pacientes y hay una pregunta que siempre hacemos: ¿esto sale más barato acá o en la farmacia? Todos preguntamos lo mismo; lo hacemos todos los uruguayos. Como hay muchos medicamentos que cuestan más barato en la farmacia, si el paciente no se lleva el soporte en papel termina pagando más. Por eso creo que, compartiendo el objetivo, hay que buscar una forma de que no se le encarezca el acto médico al paciente y tenga la libertad de comprar donde es más barato, cosa que hacemos cualquiera de los que estamos acá y, cualquier otra persona.

Gracias, señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO.- Efectivamente, nosotros ya tenemos instalado un grupo de trabajo en la lógica de que la reglamentación contemple la posibilidad de que el usuario también pueda llevarse la receta en papel. En realidad, preferimos establecerlo en la reglamentación y no en la ley porque seguramente, como decíamos, esto va a terminar en que cualquier punto de venta pueda acceder a la información. Por eso nos parece que esto se puede hacer por vía del Decreto Reglamentario. Reitero que hay una Comisión que está trabajando en el tema y que cuenta, justamente, con la participación de todos los actores que están interesados, con los que ya nos hemos reunido en varias oportunidades. Básicamente, con el Centro de Farmacias del Uruguay –que, obviamente, son parte interesada en el tema– estamos trabajando en la reglamentación. Ya existen instituciones que tienen la receta electrónica y, por lo tanto, en este momento el usuario puede tener la dificultad de contar con la receta en papel para tomar una decisión.

Entonces, sin perjuicio de que vamos a reglamentar este artículo de la ley, desde ya estamos proponiendo una reglamentación –apuntando a que se apruebe antes, incluso, de enero– para que aquellas instituciones que ya han puesto en funcionamiento la receta electrónica tengan que, además, proveer a aquel usuario de la receta en papel para garantizar la continuidad de esa opción a la que hicimos referencia recién.

SEÑOR GARCÍA.- Obviamente, las farmacias son instituciones que están vinculadas a este tema, pero hay un interesado principal que es el usuario. Por eso considero que el objetivo debe ser ese y destaco que el Ministerio esté buscando una salida para que al usuario, al paciente, no se le encarezca el acto médico y no termine siendo un mecanismo de recaudación encubierto para las instituciones. Me parece que se debe garantizar la libertad del usuario de elegir la condición más favorable a su bolsillo, el lugar donde pueda comprar más barato el medicamento. Independientemente de lo que pidan las farmacias y todo lo que el señor Ministro quiera hacer, está el usuario.

Gracias.

SEÑOR AMORÍN.- No me quedaron dudas respecto a estos últimos artículos luego de escuchar lo que dijo el señor Senador García y la exposición clarísima del señor Ministro.

SEÑORA PRESIDENTA.- Como el señor Ministro da por terminada su presentación de los artículos vinculados al Ministerio de Salud Pública, agradecemos la presencia de la delegación que ha concurrido a esta Comisión.

Se levanta la sesión.

(Son las 18:12).